A photograph of several people's hands stacked on top of each other, resting on a tree trunk in a forest. The background is a soft-focus green forest. The hands are of various skin tones and are positioned in a way that suggests unity and support.

Evaluering af MOVE gruppebehandling for unge
Faglig rapport 2023
Center for Rusmiddelforskning

Mads Uffe Pedersen, Karina Berthu Ellegaard Skov,
Michael Mulbjerg Pedersen, Kirsten Søndergaard
Frederiksen og Sidsel Helena Karsberg

Data

Titel	Evaluering af Evaluering af MOVE gruppebehandling for unge
Forfattere	Mads Uffe Pedersen Karina Berthu Ellegaard Skov Michael Mulbjerg Pedersen Kirsten Søndergaard Frederiksen Sidsel Helena Karsberg
Afdeling Udgiver	Center for Rusmiddelforskning Aarhus Universitet
Udgivelsesår Finansiel støtte	2023 Socialstyrelsen
Forsidefoto ISBN PDF	Shane Rounce, Unsplash 978-87-973976-5-7

Indhold

1.0 Indledning.....	5
1.1/ Baggrund og formål.....	5
2.0 Sammenfatning	10
2.1/ Viser MOVE gruppebehandling for unge gode resultater?.....	10
2.2/ Kort om rapportens resultater	13
3.0 Evalueringsdesign og metode.....	21
3.1/ Implementeringsevalueringen.....	21
3.2/ Resultatevaluering	23
3.3/ Omkostningsvurdering	24
3.4/ Datakilder på tværs.....	24
4.0 Implementering og forankring	30
4.1/ Kommunerne	30
4.2/ Den faktiske anvendelse af kerneelementer.....	32
4.3/ Behandlernes oplevelse af metodens kerneelementer	42
4.4/ De unges oplevelse af gruppebehandling	50
4.5/ Betingelser for implementering	58
5.0 Resultatevaluering	65
5.1/ Hvem er de unge fra de tre kohorter?	66
5.2/ Hvordan udvikler de unge sig i løbet af behandlingsforløbet (målt med TEM)?	68
5.3/ Behandlingsresultater målt tre, seks og ni måneder efter indskrivning.....	84
6.0 Omkostningsvurdering.....	93
6.1/ Input og antagelser	93
6.2/ Scenarierespecifikation.....	94
6.3/ Ressourceforbrug.....	95
6.4/ Resultater	97
6.5/ Følsomhedsanalyse	98
6.6/ Opsamling.....	100
7.0 Referencer	102
8.0 Appendiks	104
8.1/ Last Observation Carried Forward.....	104

1.0 Indledning

1.1/ Baggrund og formål

I denne rapport præsenteres erfaringerne med MOVE gruppebehandling for unge (MGU) i seks danske kommuner (2020-2022). MGU er en metode, som inddrager elementer og samtalemetoder fra "Metodeprogrammet for stofmisbrugsbehandling". I "Metodeprogrammet for stofmisbrugsbehandling" er fire beslægtede metoder til behandling af unges stofbrug blevet afprøvet og undersøgt i ni kommuner i perioden 2014-18. 460 unge mellem 15-25 år blev her ved lodtrækning fordelt på fire grupper, som modtog hver deres behandlingsmetode. Der var alene tale om individuel behandling. Resultaterne af metodeprogrammet viste, at den ene af metoderne, efterfølgende benævnt MOVE¹, i højere grad end de andre tre grupper kunne fastholde de unge i behandling og i stoffrihed efter endt behandling samt øge de unges trivsel og, mindske kriminalitet og opmærksomhedsproblemer. Dette var bedre resultater både sammenlignet med standardbehandling og de øvrige afprøvede metoder i metodeprogrammet (Pedersen et al. 2017a, Pedersen og Pedersen 2018, Pedersen et al. 2020b). Senere registerundersøgelser har vist, at unge fra MOVE gruppe på længere sigt i mindre grad var kriminelle, ikke så ofte blev genindskrevet i rusmiddelbehandling og i mindre grad blev indskrevet i regional psykiatrisk behandling (Hesse et al. 2021, Del Palazio-Gonzales et al. 2022).

MOVE er en kombinationsbehandling, der inkluderer metoderne Den motiverende samtale, kognitiv adfærdsterapi og contingency management. Parallelt med den individuelle behandling kunne der tilbydes familiebaserede interventioner.

Da indsatsene i metodeprogrammet var baseret på individuel behandling, var der efterfølgende et ønske om at afprøve en lignende metode som gruppebehandlingstilbud, og dette blev startskuddet til MGU.

1.1.1/ Ønske om at fremme metoder med dokumenteret effekt

Initiativet blev finansieret af Socialstyrelsen, "Modning af Metodeprogrammet på Stofmisbrugsområdet som gruppebehandling til unge", og var en del af Udviklings- og investeringsprogrammet på voksenområdet i 2019-2021, hvor den overordnede strategi var udvikling af sociale indsatser for at sikre et målrettet og systematisk metodeudviklingsarbejde. Målet var, at de afsatte ressourcer skulle anvendes effektivt og hensigtsmæssigt til gavn for socialt udsatte borgere og for samfundet.

Udviklingen af de sociale indsatser er opbygget som en fasemodel bestående af fire faser: Screeningsfasen, modningsfasen, afprøvningsfasen og udbredelsesfasen (Socialstyrelsen 2020), hvor "Modning af Metodeprogrammet på stofmisbrugsområdet" er en del af modningsfasen. Formålet med modningsfasen er at udvikle og pilotteste indsatsen i et lærende miljø, og hvis den viser lovende resultater, kan indsatsen gå videre til afprøvningsfasen.

¹ MOVE individuel er en kombinationsbehandling bestående af Motivational Interviewing, kognitiv adfærdsterapi, Contingency Management og strukturelle elementer. Se de opsamlende forskningsrapporter her: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/move-gennem-21-maneder>

Denne rapport sammenfatter og analyserer erfaringerne fra modningsfasen og præsenterer den udviklede metodes indledende resultater, implementering og omkostninger, hvorefter det kan vurderes, om metoden skal afprøves.

Denne evaluering undersøger, hvordan MOVE (som individuelt baseret behandling) kan anvendes i gruppebaseret behandling, og evaluerer den udviklede metodes indledende effekt, implementering og omkostninger.

1.1.2/ Er der evidens for, at metoderne virker?

I et review gennemgår Fadus, M.C. et al. (2020) psykosociale metoder anvendt i behandlingen af unge, der har udviklet afhængighed af enten illegale stoffer og/eller alkohol. De når frem til nedenstående opdeling.

Figur 1: Effektive behandlingsmetoder i alkohol og stofbehandling til unge

Veletablerede evidensbaserede interventioner	Familieterapi, kognitive adfærdsterapi (KAT), multikomponent psykosocial terapi
Sandsynligt effektive interventioner	Motivational Interview (MI)/Motivational Enhancement Terapi (MET)(<i>Motivationsforstærkende terapi</i>), tredje-generations adfærdsterapier
Muligvis effektive interventioner	12-trins-programmer
Interventioner, der ikke kan stå alene	Farmakoterapi, motion, yoga, mindfulness, recovery uddannelses-settings, mål-arbejde, løbende monitorering
Eksisterende metoder, hvor modifikationer er nødvendige	Digitale strategier, kulturelt tilpassede programmer

De mest sikre valg af behandlingsmetoder er metoderne under "*Veletablerede evidensbaserede interventioner*". Den mest relevante metode for dette modningsprojekt er "*multikomponent psykosocial terapi*". Med denne henviser Fadus et. al. til forskellige kombinationer af Den motiverende samtale, kognitiv adfærdsterapi, 'contingency management' og familieterapi. Multikomponent psykosocial terapi fremhæves også til integreret behandling af dobbeltsårbare – herunder unge med psykiatriske diagnoser. For undersøgelser, der inddrages, se Fadus et al. 2020. I dette review er der dog ikke fokus på gruppebehandling.

I et andet review af Lopez et al. fra 2021 opsummeres anvendte metoder i gruppebehandling af stof- og (i mindre grad) alkoholafhængighed. De inddrager i alt 50 studier, som alle rapporterer effekter af gruppebehandlingen. Herunder også behandling af dobbeltdiagnose (rusmiddelproblematikker og psykiatrisk diagnose). De finder, at kognitiv adfærdsterapi og 'contingency management' i grupper er mere effektive til at reducere brug af kokain, amfetamin og opioider end standardbehandling. Den motiverende samtale er bedre til at forebygge tilbagefald til brug af cannabis. For uddybning se <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13011-021-00371-0>.

Det konkluderes, at MOVE set som multikomponent(kombinations)-behandling generelt kan betragtes som en evidensbaseret metode, der i de fleste undersøgelser har vist sig mere effektiv end standardbehandling. Dertil kommer, at der – særligt for de helt unge, bør inddrages familiebaserede interventioner.

I denne rapport undersøges effekten af MOVE som gruppebehandling for unge (MGU), hvor det ønskes belyst, hvorvidt metoden MGU er effektiv (og brugbar) i behandlingen af unge i stofbehandling.

En mindre del af projektet er at undersøge, hvorvidt unge stofafhængige og unge, som både er stof- og alkoholafhængige, opnår samme resultater og kan fungere i gruppe sammen med unge, der alene har stofafhængighed som problem.

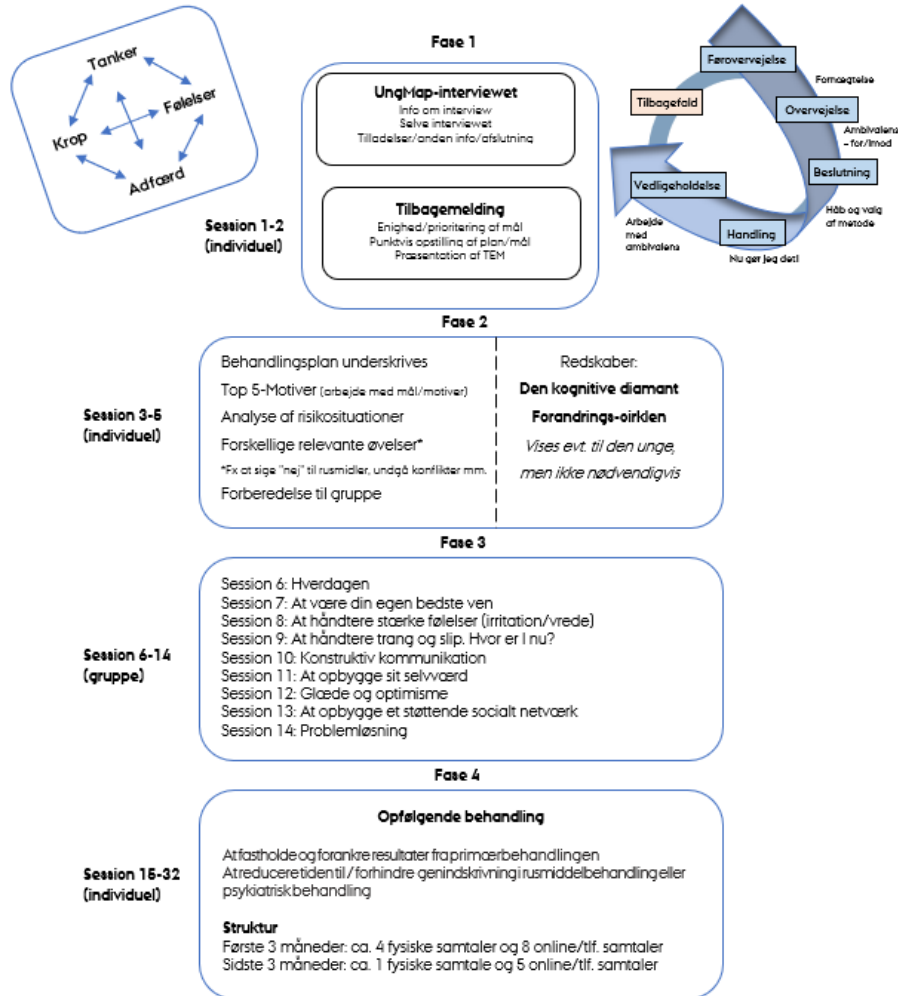
1.1.3/ Kort om MOVE gruppebehandling for unge (MGU)

MGU har som nævnt afsæt i MOVE, som er en helhedsorienteret, individuel behandlingsmetode, der fokuserer på både rusmidlerne som på psykiske, fysiske og sociale barrierer og ressourcer. Såvel MGU som MOVE er som nævnt baseret på samtaleteknikkerne kognitiv adfærdsterapi og den motiverende samtale kombineret med elementer fra Contingency Management (herunder gavekort) og andre strukturelle elementer. Metoderne er anerkendende og belønnende i tilgangen til de unge og baseret på dialog og samarbejde. Behandlingsforløbene i begge metoder følger en fast struktur og opbygning, men opbygningen er forskellig, idet MGU er tilpasset gruppebehandling.

Behandlingsforløbene i MGU følger en fast struktur, som præsenteres i figur 1 "*Struktur for MGU*" nedenfor. Forløbet indledes af fem individuelle sessioner (fase 1 og 2) og efterfølges af ni gruppesessioner (fase 3). Ved afslutning af gruppeforløbet tilbydes alle unge et opfølgende behandlingsforløb af varierende længde, alt efter behov.

I løbet af de fem individuelle sessioner gennemføres det indledende interview (session 1), som danner grundlag for tilbagemelding til den unge, fastsættelse af mål og udarbejdelse af behandlingsplanen (session 2). Derefter følger tre sessioner (session 3-5), hvor behandleren og den unge gennemgår grundlæggende indhold omkring motiver for at reducere eller stoppe rusmiddelforbruget, håndtering af risikosituationer, at sige fra, og hvordan slip kan håndteres. Derefter følger ni gruppesessioner (session 6-14). Gruppesessionerne består af en fast dagsorden, der inkluderer udlevering af gavekort, et minuts "grounding" i første og anden del af gruppesessionen, "siden sidst" med udgangspunkt i de unges besvarelse af Trivsels- og effektmonitorering (TEM), gennemgang af den seneste uges hjemmeøvelser, præsentation af og arbejde med dagens tema (se de ni temaer i Fase 3-boksen), nye hjemmeøvelser på baggrund af dagens tema og afrunding af gruppesessionen. De primære samtaleteknikker i gruppesessionerne er kognitiv adfærdsterapi og Den motiverende samtale. Efter de ni gruppesessioner påbegyndes opfølgingsforløbet, som kan vare op til et halvt år efter afsluttet gruppebehandling.

Figur 2: Strukturen for MGU



1.1.4/ Projektplan: implementering og udvikling af MGU

Undervisning af behandlerne blev påbegyndt i starten af 2020 med afsæt i en manual udarbejdet af Center for Rusmiddelforskning (CRF), hvor behandlerne i de seks kommuner umiddelbart efter begyndte at anvende metoden og tilbyde gruppebehandling. I denne fase var fokus alene på at implementere og få erfaring med metoden og metodens elementer. Medio 2021 indsamlede CRF systematisk erfaringer fra behandlere og ledere ved hjælp af spørgeskema og kvalitative interviews. Herefter blev alle involverede parter inviteret til et seminar (et såkaldt modningsseminar, da det var en del af modningsfasen). På baggrund af de samlede erfaringer fra dataindsamlingen og modningsseminaret blev en revideret behandlingsmanual udformet (Pedersen et al. 2023a og Pedersen et al. 2023b). I september 2021 blev den reviderede manual præsenteret og udleveret til behandlerne, og selve dataindsamlingen begyndte. Initiativets summative evaluering gennemførtes fra oktober 2021-september 2022.

1.1.5/ Målgruppe

Den primære målgruppe for MGU var unge i alderen 15 til 25 år med et behandlingskrævende forbrug af cannabis, centralstimulerende stoffer og/eller hallucinogener, som er i målgruppen for ambulans rusmiddelbehandling efter Servicelovens § 101. Unge med svære psykiatriske lidelser (aktive psykoser), meget svære adfærdsproblemer (vold eller truende adfærd), eller unge med så svære kognitive vanskeligheder, at de ikke kan indgå i et samtaleforløb, var ikke en del af målgruppen.

1.1.6/ Læsevejledning

I kapitel 2 indledes der med en kort opsummering efterfulgt af en mere detaljeret sammenfatning. Herunder begrundelse for valg af behandlingsmetode, implementering af metoden og væsentlige resultater. I kapitel 3 redegøres for metode og evalueringdesign for den samlede rapport samt de datakilder, der har været anvendt i projektperioden. I kapitel 4 følger implementeringsevalueringen, som kort beskriver kommunernes og behandlernes udgangspunkt for at anvende metoden, og dernæst undersøges den faktiske anvendelse af metodens kerneelementer. Dette leder videre til at beskrive, dels hvordan behandlerne oplevede metoden i praksis, og dels hvordan de unge oplevede MGU som behandlingstilbud. Kapitlet omhandlende implementering afsluttes med de betingelser for implementering, som blev anset for at være mest betydningsfulde for, hvordan MGU fik liv i de seks kommuner. I kapitel 5 gennemgår vi resultaterne af evalueringen. Her er der primært fokus på særlige kendetegn ved de unge, der deltog i MGU projektet og deres forandringerne i forbrug af illegale stoffer, alkohol og trivsel. MGU-kohorten sammenlignes her med den MOVE-kohorte på 121 unge, der i sidste halvdel af 2010'erne dannede grundlaget for MOVE-behandlingen. Derudover sammenlignes de med en kontrolgruppe på 246 af unge fra de samme seks kommuner, der deltager i MGU projektet, men som var indskrevet i behandling før MGU-projektet startede. I kapitel 6 udføres en omkostningsvurdering, hvor det estimeres, hvad det vil koste en kommune at opstarte og drifte MGU i en periode på fem år.

2.0 Sammenfatning

2.1/ Viser MOVE gruppebehandling for unge gode resultater?

MOVE er en behandlingsmetode, der i et dansk forskningsprojekt har vist sig mere effektiv end standardbehandling til unge med stofafhængighed. MOVE er en såkaldt multikomponent intervention bestående af en række forskellige behandlingskomponenter såsom Den motiverende samtale (Motivational Interviewing), kognitiv adfærdsterapi og Contingency Management (adfærdsterapeutisk teknik med fokus på belønning). Denne kombination har vist sig effektiv i flere forsøg og anses for at være det sikre valg indenfor såvel stof- som alkoholbehandling, individuel- som gruppebehandling og behandling af unge som ældre (dette uddybes i afsnit 1.1.2 Er der evidens for, at metoderne virker?). For de helt unge bør det kombineres med familiebaserede indsatser.

Som følge af de gode erfaringer med MOVE i individuel behandling for unge mellem 15 og 25 år (herefter MOVE), ønskede Socialstyrelsen, at MOVE blev udviklet og modnet som gruppebehandling for unge. Behandlingstilbuddet fik navnet MOVE gruppebehandling for unge (herefter MGU) og evalueres i denne rapport. Denne sammenfatning indledes med at besvare et centralt spørgsmål: er MGU lige så effektiv som MOVE?

Før vi kommer til selve resultaterne, er det vigtigt at beskrive nogle forhold, som besværliggør en direkte sammenligning af resultaterne i MGU og MOVE. Seks kommuner har arbejdet med MGU i perioden 2020-2022, hvor selve dataindsamlingen varede fra oktober 2021 til oktober 2022. Ni kommuner har arbejdet med MOVE i perioden 2014-2018, hvor selve dataindsamlingen varede fra 2014-2016. Såvel MOVE som MGU blev tilbudt til unge mellem 15 og 25 år. Trods lighederne mellem metoderne samt målgruppen er der nogle forhold, som beskrives i det følgende, som gør det vanskeligt direkte at sammenligne resultaterne fra de to evalueringer direkte: a) rekruttering, b) forskelle i målgruppen, herunder forbrug, c) covid-19 som betingelse og d) organisatoriske betingelser herunder tiltro til metoden.

Rekruttering. For tre af de seks kommuner var det så vanskeligt at få nok unge med i projektet, at det er svært at give en troværdig analyse af selve gruppebehandlingen. For de tre kommuner, som var mest systematiske i deres indtag og hvor gruppebehandlingen blev tilbudt de fleste nyindskrevne, har det været muligt at etablere grupper af en vis størrelse, hvilket tydeligt kan aflæses i resultaterne.

Målgruppe og forbrug. Unge i MGU var mere belastet end unge i MOVE på områder, som kan være barrierer for opnåelse af stoffrihed. De havde en anden rusmiddel-forbrugsprofil, herunder flere svært alkoholbelastede og et betydeligt større forbrug af centralstimulerende stoffer (Ikke mindst kokain, hvor det i MGU var næsten dobbelt så stort som i MOVE). Der var betydeligt flere kvinder i MGU end i MOVE, og flere der var belastede af trivsels- og/eller adfærdsproblemer. Endelig var de unge i MGU lidt ældre end unge i MOVE. Dertil kommer, at ikke mindst kokain blandt danske unge generelt er steget de sidste fem år, og at der ses en meget stærk sammenhæng mellem, at de der har et stort alkoholforbrug og også har et forbrug af kokain, amfetamin og ecstasy. Endelig ser vi i dag måske et mere accepteret forbrug af et moderat cannabisforbrug end i 10'erne.

Covid-19. Også på andre områder har det været vanskeligt at sammenligne MGU med MOVE. Således var der i efteråret 2021, hvor indtag af unge til projektet startede, fortsat covid-19-restriktioner, som påvirkede fremmøde i gruppebehandlingen, og projektperioden generelt har påvirket muligheden for at have et stabilt gruppetilbud i de to år, som projektperioden varede – dette påvirkede også behandlernes motivation.

Organisatoriske betingelser. I forlængelse heraf har det været en større udfordring for en del af behandlerne at få tiltro til metoden, hvilket til dels kan forklares med, at det som følge af covid-19 har været svært at have et stabilt gruppetilbud og en kortere projektperiode sammenlignet med MOVE. Desuden har det vist sig, at overgangen fra individuel behandling til gruppebehandling var udfordrende. Det blev tydeligt, at det at tilbyde gruppebehandling kræver et stort organisatorisk fokus, når behandlere skal arbejde sammen i samme rum og samtidig gå fra at være individuelle behandlere til at være gruppebehandlere, som stiller helt andre krav til deres kompetencer.

På baggrund af ovenstående mener vi ikke, at resultaterne i MGU direkte kan sammenlignes med resultaterne i MOVE, og derfor skal de følgende sammenligninger mellem MGU og MOVE læses i lyset heraf.

Implementering af metoder. Metoderne og de strukturelle elementer knyttet til metoden blev overordnet set implementeret tilfredsstillende. Selve metoden beskrives af lederne af de seks behandlingscentre som værende velbeskrevet og struktureret. Behandlerne tog generelt godt imod strukturerne og de strukturelle elementer i MGU. Tilfredsheden var mere svingende, når det kom til enkelte øvelser og temaer. F.eks. angav behandlerne, at de havde svært ved at finde en naturlighed i brugen af hjemmeøvelser. Der er således dele af gruppebehandlingen, som har været vanskeligere at implementere.

Resultater. MGU viste gennem behandlingsforløbet lige så gode resultater som MOVE og betydeligt bedre resultater end en naturlig kontrolgruppe på 246 unge fra samme seks deltagende kommuner, der modtog standardbehandling. De unge i MGU fik lige så mange sessioner i primærbehandlingen som unge i MOVE; der var samme andel af stoffrie som MOVE ved sidste primær behandlingssamtale, og de havde en højere trivsel (målt med Trivsels- og effektmonitorering) end unge i MOVE. De tre kommuner, der havde det største indtag af unge i projektet, havde betydeligt bedre resultater end de øvrige tre kommuner. Tre og seks måneder efter indskrivning (opfølgingsinterview) var unge i MGU stadig lige så ofte stoffri som unge i MOVE. Ni måneder efter indskrivning var der for MGU dog ikke sket nogen yderligere udvikling i andelen af stoffri. I MOVE sås en fortsat stigning i andelen af stoffrie ni måneder efter indskrivning, og dermed sås en betydeligt højere andel stoffrie ni måneder efter indskrivning i MOVE end hos unge i MGU. På grund af modningsprojektets korte forløb var det dog under halvdelen af de unge, som kunne nå at være med i nimåneders-opfølgningen, og derfor skal dette resultat tolkes med forbehold. Dertil kommer, at det alene var de unge, der var indskrevet i 2021, som kunne nå at være med i nimåneders-opfølgningen. Netop denne gruppe var i særlig grad påvirket af restriktioner som følge af covid-19.

Desuden viste en *omkostningsvurdering*, at MGU var lidt billigere end MOVE.

Dette projekt har først og fremmest været et modningsinitiativ, hvor et af formålene har været at afgøre, om resultaterne er lovende i forhold til en eventuel større afprøvning af metoden. Som følge af resultaterne under behandlingsforløbene samt det faktum, at metoden anses for at være let at implementere, er vurderingen, at MGU har vist sig at være et lovende behandlingstilbud til unge, som er relevant at afprøve i et større forsøg. Dette er dog under forudsætning af, at der i højere grad er opmærksomhed fra såvel behandlingssteder, evaluator som Socialstyrelsen på følgende områder:

- Mere opmærksomhed på *organisatoriske barrierer*; herunder behandlingsstedernes størrelse, indtags procedurer og tiltro til konceptet: De kommuner, der fik flest med i undersøgelsen og de klart bedste resultater, var enten de største eller de, der anvendte gruppebehandling som deres primære tilbud. Det bør drøftes, hvad denne behandlingsform stiller af krav til organisationen og behandlerne, herunder undersøges, om behandlerne ønsker at medvirke i denne form for behandling. Manglende tiltro til konceptet vil være ødelæggende for behandlingsresultaterne.

- Mere opmærksomhed på *særlige målgrupper*: Unge, som var svært belastet af deres alkoholforbrug samtidigt med et betydeligt forbrug af centralstimulerende stoffer, er ikke systematisk undersøgt før. Denne gruppe kan tænkes at skulle have særlig opmærksomhed. Ligeledes bør kvinder i stofbehandling have større opmærksomhed, da de har vanskeligere ved at opnå stoffrihed end mænd (Pedersen et al. 2022).
- Mere opmærksomhed på *overgangen fra individuel til gruppebehandling*: Resultaterne viser, at der er et større fráfald fra behandlingen blandt de unge ved overgangen til gruppe, og de mest trivselsbelastede bliver på dette tidspunkt endnu mere trivselsbelastede.
- Særskilt indledende *uddannelse i gruppeledelse*: Gruppebehandlerne fik ikke tilstrækkelig undervisning og træning i gruppeledelse før projektets opstart.
- Mere fokus og *strammere styring af opfølgende behandling*: Den opfølgende behandling blev i MGU projektet gjort mere behovsorienteret, således de unge selv kunne vælge den til eller fra, end det var tilfældet i MOVE-forsøget. Der bør tages stilling til, om det er en god idé at gøre den opfølgende behandling behovsorienteret. Desuden er en længere indtogsperiode nødvendig for reelt at kunne evaluere effekt og implementering af opfølgende behandling.
- Mere opmærksomhed på at *katalysere samtalerne de unge imellem*: Et fundament i gruppebehandlingen er de unges udveksling af erfaringer med hinanden. Det blev praktiseret i nogen grad, men der bør trænes mere i denne metode.
- En øget opmærksomhed på at *italesætte sammenhænge mellem gruppetemaerne og forbruget af rusmidler*: Stofbelastning ved indskrivning er ubetinget den største prædiktør for behandlings succes. Der bør være mere opmærksomhed på at samtænke gruppetemaerne med forbrug af stoffer og alkohol.
- En særlig opmærksomhed på *genindskrivningsprocedurer ved tilbagefald*: I MOVE (metodeprojektet) var der større opmærksomhed på genindskrivning (særskilt implementeringsdel), hvilket dette relativt korte projekt ikke har tilladt. Måske blev flere i MOVE (metodeprojektet) genindskrevet ved tilbagefald end unge i MGU. Dette ikke mindst i lyset af Corona-restriktionerne. Dette kan dog ikke dokumenteres.
- I et eventuelt efterfølgende forsøg bør der være tid til at *opsøge alle unge*, der har deltaget i projektet ved nímåneders-opfølgningen.

I den følgende sammenfatning udfoldes de væsentligste fund fra rapportens tre devalueringer: Implementeringsevaluering, resultatvaluering og omkostningsvurdering.

2.2/ Kort om rapportens resultater

Behandlingsforløbene i MGU følger en fast struktur, som præsenteres i afsnit 1.1.3 Kort om MOVE gruppebehandling for unge (MGU). Forløbene indledes af fem individuelle sessioner og efterfølges af ni gruppesessioner. Ved afslutning af gruppeforløbet tilbydes alle unge et opfølgende behandlingsforløb af varierende længde, alt efter behov. Det nærmere indhold i sessionerne er ligeledes defineret af øvelser og temaer samt nogle strukturelle elementer, som alle tager afsæt i den evidensbaserede behandlingskombination: Den motiverende samtale, kognitiv adfærdsterapi og contingency management (Pedersen et al. 2023a og b).

Evalueringen af MGU består i 1) at undersøge, hvordan metoden MGU er implementeret i de seks deltagende kommuner, 2) at analysere resultatet af behandlingen og 3) at vurdere de omkostninger, der er forbundet med at tilbyde MGU.

2.2.1/ Implementeringsevalueringen

At implementere et gruppebehandlingskoncept har vist sig vanskeligere for nogle kommuner end for andre. Det må derfor også konstateres, at implementering er en kompleks opgave.

Den første og måske største problematik, der skal rejses, er de organisatoriske og strukturelle barrierer, som ikke nødvendigvis har noget med behandlerne eller selve behandlingsmetoden at gøre. Således havde tre af kommunerne i dette projekt et meget begrænset indtag, hvilket betød, at meget få unge nåede til selve gruppebehandlingen, og at gruppesessionerne bestod af få unge (typisk 2-4 unge). Kun få af disse unge nåede til den opfølgende behandling. Det konkluderes, at små kommuner kan have vanskeligt ved at etablere stabile grupper. Hertil skal dog tilføjes, at én af kommunerne med størst indtag var en mindre kommune, som betragtede MGU som deres primære behandlingstilbud og i øvrigt lykkedes med at skabe et stabilt gruppetilbud.

En anden strukturel problematik kan være at deltage i et evalueringsprojekt som dette. I projektet har der været løbende optag (åbne grupper). Dette ønskede Center for Rusmiddelforskning som evaluator netop for at undgå at etablere en gruppe på f.eks. syv unge, hvoraf så tre-fire droppede ud før sidste gruppesession. En metode kan være – som nogle mindre kommuner anvender – at etablere lukkede grupper med unge (det vil sige, grupper som ikke optager flere unge, før gruppen har været igennem hele forløbet). Mindre kommuner inkluderer måske også unge, som har været indskrevet i længere tid, som er stabile, og som man mener, kan profitere af gruppebehandling. Evaluering af gruppebehandling baseret på en sådan indtagsmetode er dog ikke at foretrække i en evaluering, fordi det vil betyde alt for få unge i datamaterialet. Desuden ville det ikke vise, om gruppebehandling er en metode, der kan tilbydes de fleste unge i målgruppen.

I nogle kommuner blev gruppebehandling primært tilbudt unge, som man mente, kunne deltage i en gruppe. Heller ikke her blev gruppebehandling anset som en metode, der kunne tilbydes de fleste. I resultatafsnittet sættes der særligt fokus på kommunerne med størst og mindst indtag. Hvorvidt en kommune kan etablere grupper af en vis størrelse, afhænger derfor af størrelse, definition af målgruppe samt betingelserne for at deltage i et projekt som dette og eventuel modstand mod metoden. Nogle kommuner fik dog rigtig gode resultater, mens resultaterne for andre kommuner ikke kan betragtes som lovende. Noget helt andet er så, om behandlingsmetoderne (Den motiverende samtale, kognitiv terapi, 'contingency management' m.m.) blev implementeret tilfredsstillende? Dette sammenfattes i næste afsnit.

2.2.1.1/ Implementering af metodens kerneelementer

Behandlere fra de seks kommuner har arbejdet efter en fastlagt struktur, som har defineret selve behandlingsforløbene, som de unge blev indskrevet i, når de kom med i projektet (se afsnit 1.1.3/ Kort om MOVE gruppebehandling for unge (MGU)). Behandlerne har arbejdet efter en manual, som definerer sessionernes indhold i såvel individuelle sessioner som gruppesessioner. Manualen beskriver en række øvelser og temaer, som behandlingsforløbene skulle inkludere. Kognitiv adfærdsterapi og Den motiverende samtale udgør den overordnede behandlingsmetodiske tilgang. Dertil kommer nogle strukturelle elementer som eksempelvis brug af gavekort som belønning (contingency management), afdækning og tilbagemelding med UngMap, samtaleredskabet Trivsels- og effektmonitorering (TEM) og længde af sessioner. Dette er kort beskrevet i rapporten, for en mere grundig metodebeskrivelse henvises til manualen, Pedersen et al. 2023a og b. Det er disse elementer (betegnes kerneelementer), der undersøges, når det vurderes, hvorvidt der arbejdes efter de beskrevne metoder i manualen.

Hovedformålet med denne implementeringsanalyse er at vise, hvorledes behandlerne har implementeret behandlingsmetoden og arbejdet med manualen, samt hvilke faktorer der har indvirket på implementeringen.

Indholdet i selve sessionerne blev analyseret ved hjælp af lydoptagelser af behandlingssessionerne, som gav et specifikt indblik i indholdet. For systematisk at kunne undersøge dette på tværs af behandlingscentre anvendtes en kodeguide, hvor de enkelte elementer (for eksempel dagsorden, åbne spørgsmål og hjemmeøvelser) først blev tilpasset beskrivelserne i den specifikke manual. Overordnet set viste analysen, at metodens kerneelementer blev anvendt på tværs af behandlingscentrene. Samtalegreb fra den kognitive adfærdsterapi og Den motiverende samtale såsom brugen af refleksioner, bekræftelse og åbne spørgsmål blev i høj grad anvendt i de kodede sessioner og blev også anvendt på en kvalificeret måde. Derudover var brugen af dagens tema og TEM ligeledes højt i forhold til anvendelsesgrad og -kvalitet. Elementer som at indlede sessionen med et minuts 'grounding' samt udlevering af gavekort til de unge blev anvendt i mindre grad. Disse to elementer angav behandlerne i spørgeskemaer fra projektet imidlertid også som elementer, de havde svært ved at finde en naturlighed i at bruge. Opfølgning på hjemmeøvelse var det eneste element, som ikke kan siges at være implementeret på tværs af de seks kommuner. Dette er også et element, som behandlerne angav som værende svært i praksis, fordi mange unge ikke laver deres hjemmeøvelser, og det derfor kan virke akavet at samle op på dette. Det vil derfor være godt at rette fokus på hjemmeøvelser og opfølgning heraf i det videre arbejde med metoden. Det er i praksis et svært element i arbejdet med unge, men er samtidig en væsentlig del af kognitiv adfærdsterapi. Alle de samtaleelementer, som blev analyseret – på nær opfølgning på hjemmeøvelse – kan siges at være til stede i lydoptagelserne og dermed implementeret. Desuden kunne strukturen sagtens genkendes, og den korte projektperiode taget i betragtning synes metoden at være implementeret tilfredsstillende.

MGU som metode beskrives af lederne på de seks behandlingscentre som værende velbeskrevet og struktureret, hvilket gør, at det er let at komme i gang med at anvende og introducere nye medarbejdere til den. Behandlerne tog generelt godt imod strukturerne og de strukturelle elementer i MGU. Tilfredsheden var mere svingende, når det kom til enkelte øvelser og temaer. Behandlerne savnede indimellem fleksibilitet i temaer og øvelser i forhold til enkelte unge, som kunne være vanskelige at engagere i metoden, som den er beskrevet. Denne fleksibilitet er der søgt at imødekomme yderligere i den version af manualen, der udgives sideløbende med rapporten (Pedersen et al. 2023a og b).

Metoden anses for at være nem at implementere. Af hensyn til metodens videre liv er det vigtigt at rette fokus mod at holde ved strukturerne i hele gruppeforløbet fordi det skaber tydelige og genkendelige rammer for såvel de unge som behandlerne. Når rammerne er strukturerede, kan behandlerne fokusere på at facilitere en god gruppedynamik. Det er desuden vigtigt at skabe et vedkommende indhold i sessionerne gennem arbejdet med temaerne og ligeledes koble arbejdet med temaer til rusmiddelarbejdet, så rusmidlerne kommer i centrum. Der bør videre være et særligt fokus på arbejdet med hjemmeøvelser, og hvordan de kan evalueres og følges op på. Dette er et centralt element i kognitiv adfærdsterapi, som har vist sig at være vanskelig at arbejde med.

2.2.1.2/ Hvad mener de unge?

Generelt er der positive tilbagemeldinger på MGU og det at deltage i gruppeforløbet fra de unge. Især det at kunne tale med andre unge med lignende udfordringer fremhæves som en stor fordel. Det er dog også tydeligt, at der er mange ting, der påvirker de unges oplevelse af gruppebehandlingen, og at gruppeforløb ikke altid er et godt tilbud til den enkelte. Nogle vil have behov for at færdiggøre behandlingsforløbet med individuelle sessioner og stoppe tidligere end planlagt i gruppebehandling. Dette vendes der tilbage til.

2.2.1.3/ Motivation hos behandlerne og betingelser for implementering

Projektperioden har været kendetegnet af svingende motivation hos behandlerne, som dels blev påvirket af faktorer som covid-19-pandemien og rekrutteringsvanskeligheder, og dels at det tog tid for behandlerne at finde sig til rette i metoden. For de behandlere, der ikke havde erfaring med gruppeforløb i forvejen, var overgangen fra individuel behandling til gruppebehandling svær. Det var også et stort skifte for de behandlere, der var trænet i MOVE, og som havde svært ved at finde en naturlighed i MGU, fordi metoden på den ene side indeholdt kendte elementer, men metoden var samtidig også forskellig fra MOVE og stillede andre og nye krav til dem som behandlere. Dette har været med til at udfordre nogle af behandlernes motivation, og der bør rettes en stor opmærksomhed på skiftet fra individuel behandling til gruppebehandling i fremtidige implementeringsprojekter.

Det har været en relativt kort projektperiode, som har været påvirket af covid-19-nedlukninger, hvilket vanskeliggjorde at have et vedvarende og stabilt gruppetilbud igennem hele projektperioden. Dertil kommer, at det i nogle kommuner som nævnt var vanskeligt vedvarende at rekruttere unge nok til gruppen. Erfaringerne i projektet var, at gruppetilbuddet fungerede bedst, når der var en stabil gruppe på minimum seks til syv deltagere.

Dette har også den betydning, at der er stor forskel på, hvor megen erfaring behandlerne har fået med at anvende de enkelte temaer flere gange, samt om de har fået greb om til at kunne facilitere en god gruppedynamik. Et mere stabilt indtag i hele projektperioden eller en længere projektperiode havde angiveligt gjort det nemmere at vurdere, om manglende motivation skyldes selve metoden eller projektets betingelser.

Konklusion: Metoden er implementeret i en sådan grad, at den kan genkendes på tværs af de seks kommuner.

Der bør være særlig opmærksomhed på at matche gruppeledere til den særlige kompetence, det er at facilitere gruppedynamikker. Gruppebehandling stiller markant andre krav til behandlerne end individuel behandling.

2.2.1.4/ Visitation og målgruppe

På baggrund af data kan vi ikke konkludere, at en særlig visitationspraksis har haft betydning for rekruttering i projektet. Generelt kan det siges, at jo flere nyindskrevne unge, der spørges, jo flere kan potentielt komme i grupperne, da det ikke vides på forhånd, hvem der vil profitere af et gruppeforløb. Desuden anbefales en forenkling af visitationsprocessen i videst muligt omfang (eksempel fra projektet: en åben samtale med visitation, dernæst afdækning med UngMap). Jo lettere og hurtigere adgang, der er fra anmodning om behandling til behandlingsstart, jo bedre. Der vil altid være unge, der falder fra tidligt. Derfor gælder det, at jo hurtigere, der tales om det, der er vigtigt for de unge, jo mere øges chancerne for at fastholde dem i et behandlingsforløb. Det er også implicit i metoden, at det er den behandler, der skal have de individuelle sessioner, som foretager afdækning med UngMap af hensyn til behandlingsalliancen.

Oplevelsen blandt behandlerne var, at det kunne være sværere at inkludere de helt unge under 18 år i gruppeforløb. I en eventuel målgruppeovervejelse skal det dog medtages, at resultatevalueringen viser, at de helt unge profiterer godt af gruppebehandlingen. Blandt behandlerne var oplevelsen, at målgruppens øvre grænse kunne hæves og afprøves op til 30 år, hvilket ville give et større rekrutteringsgrundlag. Dette har ikke været afprøvet i evalueringen, men overvejselsen kan være relevant, idet nogle mindre kommuner kan få svært ved at rekruttere nok unge mellem 15 og 25 år til et vedvarende gruppetilbud.

Det er således vigtigt at sikre, at der er et vedvarende og stabilt gruppetilbud (gerne på seks eller flere deltagere) af hensyn til, at gruppen får liv. Herunder kan det være en fordel ikke stramt at selektere i, hvem der tilbydes gruppeforløb, da det ikke vides på forhånd, hvem der vil fungere og profitere af et gruppeforløb. I projektet er erfaringen, at når gruppebehandlingen kører stabilt, kan gruppen vise sig at rumme selv unge, man ikke havde forestillet sig kunne profitere af tilbuddet. Omvendt bør der også være en opmærksomhed på, at der kan være unge, som ikke trives i gruppen, og som kan have mere gavn af at mødes med den individuelle behandler i stedet for at fortsætte i gruppeforløbet.

2.2.2/ Resultatevalueringen

Kvantitative data, der står alene, siger ikke meget om, hvorvidt noget er højt eller lavt, godt eller skidt, effektivt eller ineffektivt. Vi har derfor i resultatevalueringen valgt, så vidt det er muligt, at sammenligne resultaterne for de 155 unge, der deltager i MGU-evalueringen, med a) resultaterne fra de 121 unge, som deltog i MOVE (indskrevet 2014-2016) og med b) resultaterne fra en gruppe på 246 unge, som har modtaget standardbehandling i de samme seks kommuner, som er med i MGU-evalueringen (uden at de samme unge deltager to gange). Vi har kaldt de tre grupper for henholdsvis MGU, MOVE og KONTROL.

2.2.2.1/ Hvor er grupperne forskellige?

Det første, vi undersøgte, var, om MGU adskilte sig fra de andre to grupper. Generelt kan siges, at de unge i MGU var mere belastede ved indskrivning, end de unge i MOVE og KONTROL. Vi fandt desuden, at der var betydeligt flere kvinder med i MGU (38 %) end i MOVE og KONTROL (24,8 % og 28,0 %). Kvinder har generelt vanskeligere ved at blive stoffri end mænd (Pedersen et al. 2022). Der var desuden betydeligt færre unge i MGU, som var afholdende, og langt flere, der var svært alkoholbelastede, end i MOVE og KONTROL. Stort alkoholforbrug kan ses i tæt sammenhæng med brug af centralstimulerende stoffer. Der var derfor også et betydeligt større forbrug af centralstimulerende stoffer i MGU end i MOVE og KONTROL. Herunder ikke mindst kokain (37,4 % for MGU og 19,8 % for MOVE).

Endvidere var der en forskel i de unges profiler målt ud fra, hvor mange der har trivsels- og/eller adfærdsproblemer. Der er således betydeligt flere, der har trivsels- og/eller adfærdsproblemer i MGU end i MOVE. Unge der har få trivsels- og /eller adfærdsproblemer har fra tidligere forskning (bl.a. Metodeprogrammet) vist sig langt oftere at blive stoffri end andre unge. Unge i MOVE havde derimod et noget større forbrug af cannabis, og de var lidt yngre.

Unge i MGU var på en række områder noget mere og anderledes belastede end ikke mindst unge i MOVE.

2.2.2.2/ Fastholdelse

Unge i MGU havde et relativt stort frafald, når de i deres behandlingsforløb går fra de indledende individuelle sessioner over til gruppesessioner. Dette blev dog i løbet af gruppeforløbet indhentet, således at der sammenlignet med MOVE var 30 % i MGU, der havde gennemført 12 sessioner, mens det for MOVE var 28 %.

Fastholdelsen var for både MGU og MOVE betydeligt bedre end for KONTROL-gruppen.

Der bør være særlig opmærksomhed på de unge ved overgangen til gruppebehandling. Det er her særligt vigtigt med en forberedelse til gruppeforløbet og aftaler om, hvordan overgangen kan foregå bedst.

Vi fandt en meget stor forskel på fastholdelse af unge for de tre kommuner, der havde det største indtag, sammenlignet med de tre kommuner, der havde det mindste indtag. Unge fra kommuner med størst indtag fik flere sessioner, kom oftere i gruppe, der var flere unge i grupperne, og de kom oftere i opfølgende behandling.

Unge i MOVE fik samlet set flere sessioner og deltog oftere i opfølgende behandling end MGU-unge. Sammenlignet med kommuner med det største indtag var forskellen dog ikke stor. Det skal samtidig fremhæves, at vi gennem modningsprocessen, efter behandlernes ønske, ændrede i kriterierne for den opfølgende behandling, således at de unge blev tilbudt et opfølgende behandlingsforløb af varierende længde, alt efter behov. I MOVE var den opfølgende behandling ikke defineret ud fra behov, men havde en fast ramme.

Volumen i forhold til gruppestørrelse er afgørende for fastholdelse af unge i gruppebehandling.

Unge i MGU fik generelt færre opfølgende sessioner end unge i MOVE. Dette kan antageligt forklares strukturelt (ændringer i rammerne for opfølgende behandling).

2.2.2.1/ Stoffrihed

I den følgende gennemgang af resultaterne skelnes mellem a) resultater målt med Trivsels- og effekt-monitoreringsredskabet TEM foretaget af behandlerne og b) tre-, seks- og nitemåneders-opfølgingsinterviewene gennemført af ansatte fra CRF.

Andelen, der var stoffri ved sidste session i behandlingsforløbet, var for MGU 41 % og for MOVE 42 %. Her blev det målt med TEM session efter session for den seneste uge. Generelt er det de samme, der er stoffri fra session 3-5 og frem til sidste session. Udviklingen af andelen, som er stoffri tre og seks måneder efter indskrivning kan sammenlignes MOVE og MGU imellem. Her er der målt ved hjælp af opfølgingsinterviewene gennemført ved CRF. Resultaterne viser, at det ved tremåneders-interviewet var 19,6 % i MOVE, der havde været stoffri den sidste måned, mens det for MGU var 26,8 %. Ved seksmåneders-interviewet var det 34,1 % i MOVE og 31,7 % i MGU. Derefter ses der en meget positiv udvikling for

unge i MOVE, mens det står stille for unge i MGU. Ved nimåneders-opfølgningen var det således 50,0 %, der var stoffri i MOVE, mens det var 30,2 % i MGU.

Det skal fremhæves, at MGU, som nævnt i afsnit 2.1, ikke direkte kan sammenlignes med MOVE. MGU er således på en række områder forskellige, og der kunne ikke forventes en tilsvarende succes med MGU som med MOVE.

Grundet projektets korte forløb var det ikke muligt at få flere med i nimåneders-opfølgningen. Der deltog derfor kun 43 unge i nimåneders-opfølgningen fra MGU (til sammenligning var det 84, som deltog i nimåneders-opfølgningen i MOVE), og disse 43 unge var blevet indskrevet de første tre måneder af projektet. En periode hvor der endnu var covid-19-restriktioner.

Dertil kommer organisatoriske vanskeligheder med at etablere grupper. Kun få unge fra de tre kommuner med færrest unge indskrevet i MGU nåede at komme i gruppe og kun enkelte i opfølgende behandling. Resultaterne af behandlingen var for disse tre kommuner heller ikke så gode som for kommuner med flest unge indskrevet i MGU.

Af de mindst stofbelastede ved indskrivning var 77 % stoffri ved sidste session i primærbehandling, mens det for de mest stofbelastede ved indskrivning var 20 %, der var stoffri ved sidste session i primærbehandling (session 13 målt med TEM). Vi ser de samme forskelle i tre-, seks- og nimåneders-opfølgningsinterviewene.

Mænd er gennem behandlingsforløbene oftere stoffri end kvinder, målt med TEM (ses i alle tre kohorter). Vi ser det samme i tre-, seks- og nimåneders-opfølgningerne. Det var i MGU de yngste unge (15-20 år), som oftest var stoffri, mens det for MOVE og KONTROL var omvendt (målt med TEM). I tre- og nimåneders-opfølgningsinterviewene fandt vi også, at de 15-20-årige oftest er stoffri, men ikke i seksmåneders-interviewet. Dette kan ikke forklares.

Gennem behandlingsforløbet var unge i MGU i lige så høj grad stoffri som unge i MOVE. Flere i MGU var stoffri gennem behandlingsforløbet end unge fra KONTROL gruppen (246 unge fra samme kommuner). Andelen, der var stoffri ved tre- og seksmåneders-opfølgningsinterviewene for MGU var på højde med MOVE. Ved nimåneders-opfølgningen er det 50 % i MOVE der var stoffri og 30,2 % i MGU. Dette diskuteres med fokus på forskelligheder i grupperne, organisatoriske- og evalueringsmæssige forhold.

Stoffrihed forudsiges meget stærkt af stofbelastningen ved indskrivning. Jo mere stofbelastet, desto mindre sandsynlighed for stoffrihed ved sidste session.

Det er afgørende, at der fastholdes et fokus på reduktion af brug af illegale stoffer gennem hele forløbet. Ikke mindst for de mest stofbelastede.

Unge fra kommuner med størst indtag var målt med TEM oftere stoffri end unge fra kommuner med mindst indtag ved sidste session i primærbehandling, session 13 (47 % mod 32 %). Vi ser det samme i tre- og seksmåneders-opfølgningsinterviewene, men ikke i nimåneders-interviewet.

2.2.2.2/ Alkoholforbrug

14 % af de unge i MGU havde udviklet et svært belastet alkoholforbrug (svarende til, at de drikker omkring 10 genstande eller flere fire dage om ugen eller oftere). Et stort alkoholforbrug kan ses i sammenhæng med et mindre forbrug af cannabis og et betydeligt større forbrug af centralstimulerende stoffer (her primært kokain). De sværest alkoholbelastede reducerede markant deres alkoholforbrug gennem behandlingsforløbet (TEM). Målt ved tre-, seks- og nimåneders-interviewet, ser vi den samme bevægelse på alle måletidspunkter. Ni måneder efter indskrivning er antallet af svært alkoholbelastede omkring halveret. Andelen, der har været afholdende den seneste måned, var øget med en tredjedel.

Der bør være særligt fokus på gruppen af unge, der har udviklet et svært belastet alkoholforbrug. Denne gruppe har ofte et stort forbrug af centralstimulerende stoffer og et mindre forbrug af cannabis.

2.2.2.3/ Trivsel

De mest trivselsbelastede unge i MGU tog et markant dyk i deres trivsel ved overgangen til gruppebehandling. I løbet af gruppebehandlingen stiger trivslen dog tilbage til det relativt lave udgangspunkt ved behandlingens start (målt med TEM).

Der bør være særligt fokus på gruppen af unge, der er svært trivselsbelastede ved indskrivning. Det er en gruppe, der er præget af ensomhed, angst, depression og selvmordstanker. Særlig opmærksomhed bør rettes mod overgangen til gruppebehandlingen.

De unge i MGU har generelt en højere trivsel ved sidste session i primærbehandlingen end unge i MOVE og KONTROL (målt med TEM). Dog har gruppen af unge med en psykiatrisk diagnose en ringere trivsel end andre unge i MGU og var ikke så ofte stoffri ved sidste session i primærbehandlingen som de andre unge i MGU (37 % mod 49 % stoffri).

Unge med profilen LAV (god trivsel, få adfærdsproblemer) var oftere stoffri end andre unge (53 % mod 42 %). Unge med svære trivsels- og adfærdsproblemer var ikke så ofte stoffri som andre (29 % mod 47 %). Der er færre med profilen LAV i MGU end i MOVE (alle ovenstående målt med TEM).

Målt ved tre-, seks- og nilmåneders-opfølgningen blev trivsel målt med graden af internaliserende problemer (ensomhed, angst, depression, selvmordstanker mm.). Tiltagende flere blev gennem behandlingsforløbet lavt belastet (fordobling) og tiltagende færre blev svært trivselsbelastet (næsten halvering).

Der bør være særlig opmærksomhed på gruppen af unge med psykiatrisk diagnose og med profilen SEIP (svære trivsels- og adfærdsproblemer).

2.2.3/ Omkostningsvurdering

I omkostningsvurderingen opstilles et scenarie, hvor MGU etableres og driftes i en kommunal kontekst over en femårig periode med to teams bestående af hver to medarbejdere (en pædagog og en socialrådgiver). I det opstillede scenarie varetager hvert team tre forløb per år med deltagelse af otte unge per forløb. Det antages, at der grundet almen personaleudskiftning sker en udskiftning af medarbejdere i de tilknyttede teams hvert tredje år.

Omkostningerne forbundet med MGU fordeler sig på følgende omkostningskategorier:

- 1) Uddannelse af MGU-behandlere
- 2) Forberedelse og afholdelse af individuelle behandlingssessioner
- 3) Forberedelse og afholdelse af gruppesessioner
- 4) Gavekort (200 kr. stykket) ved hvert andet fremmøde

Der er i denne omkostningsvurdering beregnet sparede omkostninger, der opstår, fordi MGU erstatter allerede etablerede behandlingsindsatser. I dette scenarie tages udgangspunkt i standardbehandling til 3.100 kr. per forløb, som er defineret af

Socialstyrelsen og beregnet ud fra de gennemsnitlige omkostninger til rusmiddelbehandling af unge (Socialstyrelsen 2018).

2.2.3.1/ Resultat

Analysen af omkostninger forbundet med etablering og drift af MGU er en omkostningsvurdering på niveau 2, jf. Socialstyrelsens retningslinjer for økonomiske analyser (Socialstyrelsen 2021a). Det skyldes, at MGU er en borgerrettet indsats, og at det er muligt at kvantificere og værdisætte hovedparten af indsatsens elementer og aktiviteter. Derudover er det alene muligt at give et foreløbigt estimat for omkostningerne, da modningen af MGU kun har kørt i et år.

De samlede omkostninger forbundet med etablering og drift af MGU i en femårig periode for det specificerede scenarie beløber sig til ca. 1.978.300 kr., mens omkostningerne per ung i projektet beløber sig til ca. 8.900 kr. Ca. 15 % af omkostningerne forbundet med MGU er omkostninger til uddannelse og supervision. Uddannelsen består af seks undervisningsdage á seks-syv timers varighed og en online undervisningsgang på ca. tre timer. Dertil kommer fire supervisionsgange á ca. tre timers varighed over en periode på to år. Ca. 8 % af omkostningerne er forbundet med udlevering af gavekort til deltagerne ved hvert andet fremmøde. Ca. 19 % af omkostningerne er forbundet med afholdelse af gruppesessioner. Ca. 58 % af omkostningerne er forbundet med afholdelse af individuelle behandlingssessioner.

Følsomhedsanalyser (analyser, som tager højde for forskellige variationer i forholdene hos det enkelte behandlingscenter), beregnet ved ændring i behovet for uddannelse af medarbejdere, antal deltagere i hvert forløb og ændringer i forberedelsestid til både individuelle sessioner og gruppesessioner, viser, at omkostningerne per ung i behandling kan variere inden for et spænd fra ca. 7.100 kr. til ca. 11.400 kr. alt efter den valgte antagelse. De samlede omkostninger for en kommune varierer endvidere inden for et spænd fra ca. 1.587.900 kr. til 2.500.200 kr. alt efter de valgte antagelser. Baseret på følsomhedsanalyserne varierer omkostningerne til MGU mest ved ændringer i omkostninger til uddannelse og ændringer af deltagerantallet. Ændringer af behandlernes forberedelsestid har en mindre effekt på omkostningerne.

**Figur 3: Omkostninger, total (i kr.)
NNV (2021), 2021-priser**

	Samlede nettoomkostninger	Samlede nettoomkostninger per deltager
Omkostninger	1.978.300	8.900

Sammenligner man med omkostningsvurderingen af MOVE fra 2018 (Socialstyrelsen 2018), vil MGU, angivet i 2021-priser, være ca. 600 kr. billigere per deltager end MOVE i et scenarie, hvor medarbejderne ikke modtager uddannelse, og ca. 500 kr. billigere per deltager i et scenarie, hvor medarbejderne modtager uddannelse.

3.0 Evalueringsdesign og metode

Denne evalueringsrapport består af tre delelementer: 1) implementeringsevaluering, 2) resultatevaluering og 3) omkostningsvurdering. I implementeringsevalueringen undersøges det, hvordan og i hvilken grad metoden blev implementeret og anvendt i de seks kommuner, samt hvorledes ledere og behandlere oplevede processen og metoden. Dette suppleres med interviews med de unge. Her vurderes metoden, og om behandlingseffekten kan tilskrives metoden. Dernæst præsenteres resultatevalueringen, hvor det undersøges, hvilke unge der modtog behandling i forbindelse med MGU, og hvordan deres trivsel og rusmiddelforbrug forandrede sig tre, seks og ni måneder efter indskrivning. På den måde er det muligt at evaluere behandlingsmetodens indledende effekt. Sidste delelement i rapporten er omkostningsvurderingen, hvor det undersøges, hvilke udgifter og eventuelle besparelser det medfører for en kommune at indføre denne behandlingsmetode. Et centralt spørgsmål her er, hvor mange unge der skal deltage i gruppebehandling, før det økonomisk kan svare sig at have et gruppebehandlingstilbud.

3.1/ Implementeringsevalueringen

Det teoretiske afsæt for denne analysedel er implementeringsteori hentet fra Fixsen et al. 2005, Damschroder et al. 2011, og Blase & Fixsen 2013. Det centrale fra dette teoretiske blik er vigtigheden af at definere og måle en behandlingsmodels såkaldte kerneelementer for at kunne operationalisere og måle på implementering. Kerneelementer er de vigtigste bestanddele i en behandlingsmodel, og de skal være til stede for at kunne sige, at modellen er blevet implementeret tilsvarende hensigten. Implementeringen af disse kerneelementer vil afhænge af den organisatoriske kontekst, som elementerne skal virke i. Derfor er det relevant at: 1) definere modellens kerneelementer, 2) undersøge den faktiske anvendelse af elementerne og undersøge, 3) hvordan forskellige faktorer har påvirket implementeringen. Dermed får vi et billede af, hvor effektiv implementeringen har været, og om de resultater, der opnås blandt respondenterne, kan tilskrives modellen (teori og bagvedliggende model er uddybet i Skov et al. 2020).

3.1.1/ Kerneelementer

Med kerneelementer menes de væsentligste elementer og aktiviteter fra behandlingsmodellen, der er nødvendige at implementere. De skal være målbare for at kunne vurdere, om de eventuelle resultater kan tilskrives metoden.

Selve udviklingen af metoden MGU udsprang af et ønske om at tage kerneelementerne og den terapeutiske tilgang fra MOVE og udvikle et gruppebehandlingstilbud på baggrund heraf, fordi de viste sig effektive i individuel behandling (Pedersen & Pedersen 2018 & Pedersen et al. 2017).

De kendte elementer er: UngMap, TEM, gavekort, hjemmeøvelser, statusskrivelser og påmindelser (nærmere beskrevet senere i "3.4 Datakilder på tværs"), mens behandlingstilgangen er en kombination af kognitiv adfærdsterapi og Den motiverende samtale.

Der blev fastsat en struktur, tidsramme og dagsorden for alle sessioner; såvel de individuelle sessioner som gruppesessionerne. Med udgangspunkt i materiale fra en række internationale og danske behandlingsmanualer, blev der udviklet øvelser og temaer til de enkelte sessioner (for referencer se Pedersen et al 2023a). Temaerne og øvelser er udvalgt for at rammesætte nogle af de generelle problemstillinger som ofte opstår, når unge arbejder med at reducere deres rusmiddelbrug."

I gruppesessionerne blev der desuden tilføjet nogle få nye elementer, herunder en farveltradition til de unge i form af en skriftlig status, som afsluttede gruppeforløbet, samt et minuts grounding i begyndelsen af hver gruppesession, både første og anden del (dette beskrives nærmere i manualen, Pedersen et al. 2023a og Pedersen et al. 2023b). På baggrund af det gruppebaserede format blev nye kompetencer, såsom gruppeledelse og gruppefacilitering, vigtige som fundament for at fremme gruppedynamik. Således blev disse faktorer også vigtige at forholde sig til i forhold til implementeringsevalueringen.

De fleste af ovenstående kernelementer blev bibeholdt i den opfølgende behandling, men der var ikke faste øvelser og temaer i de opfølgende sessioner. Behandlerne og de unge havde i denne del af behandlingsforløbet i højere grad mulighed for at gentage temaer eller bringe andet indhold ind i sessionen. Det primære formål var at fastholde forandringer og udfase kontakten; der blev både længere mellem kontakten, og nogle sessioner foregik telefonisk eller online efter en dagsorden og struktur, som er beskrevet i manualen (Pedersen et al. 2023a og Pedersen et al. 2023b).

I implementeringsevalueringen undersøges kommunernes udgangspunkt for at arbejde med metodens kernelementer (vha. lederinterviews og behandlersurveys). Dernæst undersøges den faktiske anvendelse af kernelementer (vha. to behandlersurveys og lydoptagelser af sessionerne). Desuden medtages, hvordan det har været for behandlerne at anvende kernelementerne i praksis (vha. behandlersurveys, fokusgruppeinterviews med behandlerne og lederinterviews) samt de unges oplevelse med gruppetilbuddet (vha. opfølgingsundersøgelse samt kvalitative interviews). I vurderingen af implementeringen skal der desuden tages højde for de forskellige betingelser, der har påvirket implementeringen (vha. lederinterviews og behandlersurveys). Dette uddybes i det følgende.

3.1.2/ Organisatoriske betingelser og forhold i projektperioden

Der vil altid være forskellige betingelser, som spiller ind på implementeringen og den faktiske anvendelse af en behandlingsmetode. I denne analyse vil vi i særlig grad tage udgangspunkt i betingelser, som fremhæves af kommunerne, og altså i de betingelser, som tilskrives en betydning for metodens faktiske anvendelse. Som et eksempel spillede medarbejderflow en meget lille rolle, mens covid-19-pandemien og de relaterede nedlukninger kom til at spille en stor rolle for kommunernes mulighed for at komme hurtigt fra start og få afprøvet metoden. Formålet med at undersøge de organisatoriske betingelser er at undersøge, hvilke betingelser der i særlig grad styrkede eller udfordrede implementeringen, og som kan give viden til en eventuel større afprøvning af metoden.

3.1.3/ Et modningsinitiativ

Et særligt forhold for implementeringen og afprøvningen af metoden er, at dette initiativ var et modningsinitiativ. Det betød i praksis, at behandlerne dels fik mulighed for at træne metoden, før dataindsamlingen gik i gang, men mere betydningsfuldt var det, at behandlerne på baggrund af deres indledende erfaringer var med til at udvikle manualen til det, den er i dag (Pedersen et al. 2023a og Pedersen et al. 2023b). Medio 2021 blev behandlernes erfaringer indsamlet, hvorefter de var med til at modne metoderne. Dernæst blev manualen gennemarbejdet og udleveret på ny, hvorefter behandlerne blev undervist på et metodeseminar. Denne proces foregik først for de individuelle sessioner og gruppeforløbet og dernæst for den opfølgende behandling.

Undervisning blev varetaget af Type2Dialog (konsulenthus, som bl.a. tilbyder kompetenceudvikling og metodesupervision) og til dels CRF, som begge har været i kontakt med kommunerne igennem hele projektperioden. Supervision blev varetaget af Type2Dialog. Undervisning og vedvarende fokus på anvendelse af metoder i praksis er særdeles vigtigt for at indarbejde en ny metode.

3.1.4/ Målemetoder

I figur 5 oplistes de forskellige datakilder, der har været anvendt i dette projekt. De inddrages alle på forskellig vis i implementeringsevalueringen, men af særlig betydning er interviews med unge, behandlere og ledere, behandlersurveys og lydoptagelser, som samlet giver et nuanceret billede af den faktiske anvendelse af metoden: Hvordan det har været at arbejde med metoden samt de betingelser, der har været for at give metoden liv.

Det er de samme datakilder, der anvendes til alle tre af rapportens delelementer, og således indsamles der data til resultatevalueringen med redskaber, der samtidig understøtter implementeringen af metodens primære elementer.

3.2/ Resultatevaluering

Resultatevalueringen inkluderer analyser af UngMap, TEM og opfølgingsundersøgelser tre, seks og ni måneder efter indskrivning. Derudover inddrages oplysninger fra logbogen. Disse datakilder beskrives nærmere i afsnit 3.4 "Datakilder på tværs".

Der indgår 155 unge i den gruppe, der har modtaget MGU, og som i resultatevalueringen betegnes MGU. Denne gruppe vil blive sammenlignet med unge fra to andre databaser:

1. kontrol: 246 unge i alderen 15-25 år fra de seks projektkommuner, som *ikke* har været en del af projektet (= *unge fra samme kommuner*).
2. MOVE (individuel): 121 unge, som var med i *Metodeprogrammet* (indtag fra sep. 2014 til april 2016).

Alle unge i de tre kohorter er interviewet med UngMap og fulgt med TEM. Hvad angår gruppen MOVE, har vi ikke på alle områder helt sammenlignelige data. Dette skyldes, at baseline-spørgsmålene (UngMap) på nogle områder har ændret sig. På de fleste områder kan undersøgelserne dog fint sammenlignes.

Både MGU- og MOVE-deltagere er blevet interviewet af ansatte fra CRF tre, seks og ni måneder efter indskrivning. For MGU og MOVE anvendtes de samme samtalemetoder og strukturelle elementer, såsom gavekort, påmindelser, kognitiv adfærdsterapi, Den motiverende samtale og opfølgende behandling, som løbende blev reduceret i intensitet. Forskellen mellem MGU og MOVE er primært, at der i MOVE blev tilbudt UngMap-interview + 12 individuelle sessioner (i alt 13 sessioner), mens der i MGU blev tilbudt UngMap-interview + fire individuelle sessioner og ni gruppesessioner (i alt 14 sessioner). MGU har dog, på grund af formatet, været stærkere struktureret omkring temaer (se manual, Pedersen et al. 2023a og Pedersen et al. 2023b).

For gruppen af unge i "Kontrol" (246 unge i projektkommunerne) kan vi ikke afgøre, hvilket tilbud der er givet, men de har alle udfyldt UngMap, og vi kan følge dem session for session med TEM.

3.3/ Omkostningsvurdering

Omkostningsvurderingen følger Socialstyrelsens retningslinjer for økonomisk evaluering af sociale indsatser (Socialstyrelsen 2021a og 2021c). Der tages udgangspunkt i et scenarie, hvor MGU skal opstartes og driftes i en kommune i en periode på fem år. Så vidt muligt estimeres omkostninger til uddannelse og lønninger på baggrund af tal fra MGU-projektet. Omkostningsberegningerne foretages i Socialstyrelsens Excel-baserede omkostningsberegner (Socialstyrelsen 2021c).

3.4/ Datakilder på tværs

I figur 5 præsenteres alle datakilder i hele projektet, som også går på tværs af de tre devalueringer. Nedenfor listes de først op i figuren med efterfølgende forklaringer og uddybninger.

Figur 4: Datakilder

	Beskrivelse	Fokus
UngMap	70-90 spørgsmål, som afdækker sociale forhold, beskæftigelse, forbrug af rusmidler, fysisk og psykisk helbred	Indhente informationer om målgrupperne ved projektstart. Anvendes som baseline-data.
Opfølgningsinterviews	Projektdelegerne blev kontaktet tre, seks og ni måneder efter opstart med et spørgeskema baseret på spørgsmålene fra UngMap. De blev tilbudt 100 kroner pr. interview.	Indhente informationer om, hvordan projektdelegerne udvikler sig over tid. Sammenholdes med baseline. Såvel afbrudte som gennemførte forløb inddrages.
Trivsels- og effektmonitorering (TEM)	11 spørgsmål om trivsel og forbrug, som stilles af rusmiddelbehandleren ved hver session i både individuelle og gruppesessioner.	Giver informationer på individniveau samt på gruppeniveau, der kan give viden om målgruppe og udvikling over tid.
Logbog	Otte spørgsmål omkring de enkelte aktiviteter med og omkring den unge: dato, deltager(e), gennemført/aflyst/udeblevet, individuel session eller gruppe. Udfyldes af behandleren efter hver planlagt session, dvs. også hvis sessionen aflyses.	Informationer om fremmøde, antal aktiviteter for individuelle sessioner, gruppesessioner og opfølgende behandling.
Kvalitative interviews	<p>Kvalitative behandlerinterviews 2021:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Kvalitative kommuneopdelte gruppeinterviews medio 2021 (1 time). <p>Kvalitative lederinterviews 2020, 2021, 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Interviews med ledere individuelt ved opstart, 2020 (1 time). ➔ Gruppeinterviews med tre ledere i hver, medio 2021 + medio 2022 (1,5-2 timer). <p>Kvalitative interviews med unge 2022: Interviews med syv unge medio 2022 i forlængelse af opfølgningsinterviewene.</p>	Med fokus på erfaringer med metoden i praksis.
Behandlersurveys	<p>Behandlersurvey 2020: november 2020 med fokus på behandlernes afsæt for at arbejde med de nye metoder. Uddannelsesbaggrund, erfaring med metoder og arbejdstimer.</p> <p>Behandlersurvey 2021: juni 2021 med fokus på behandlernes erfaring med at anvende metoden i praksis.</p> <p>Behandlersurvey 2022: juni 2022 med fokus på behandlernes erfaring med at anvende metoden i praksis.</p>	<p>De tre surveys skal give et indblik i erfaringsgrundlaget samt oplevelser med elementerne i metoden, og de anvendes i implementeringsevalueringen.</p> <p>Behandlersurvey 2021 blev desuden anvendt i modning af metoden.</p>
Lydoptagelser	Lydoptagelser af alle individuelle sessioner og gruppebehandlingssessioner i hele november 2021 og hele maj 2022.	Skal bruges til at undersøge, om metoden anvendes i henhold til manualen.

UngMap

UngMap er et valideret spørgeskema, der anvendes i opstart til behandling og behandlingsplanlægning på mere end 60 rusmiddelbehandlingscentre i Danmark. På baggrund af UngMap formuleres mål sammen med den enkelte unge.

UngMap indeholder spørgsmål omkring de unges rusmiddelbrug, trivsel, hverdagsfunktion (er de strukturerede, gode til at planlægge, overholde aftaler mv.?), sociale vilkår, fysiske problemer og forskellige psykiske og adfærdsmæssige problemer (impulsivitet, konfliktniveau, selvdestruktiv adfærd mv.) og fungerer derfor som helhedsorienteret afdækning, der skal bruges i behandlingsplanlægning. For mere information se www.behandlingsportalen.dk.

De unge udfyldte ved indskrivning i behandling en samtykkeerklæring med tilladelse til at kontakte dem tre, seks og ni måneder efter indskrivning. For at indgå i resultatevalueringen har det været en forudsætning, at der både forelå samtykkeerklæring og en UngMap fra den unge. I nedenstående figur vises antallet af unge, der indgår i evalueringen, og som alle har givet samtykke til opfølgning og har gennemført et UngMap-interview (kolonne et).

Figur 5: indskrevne unge og samtykkeerklæringer

	Indgår i analyserne*	Mangler samtykkeerklæring
Antal	155	19

* Unge med et udfyldt UngMap-skema og samtykkeerklæring

Kolonnen "Mangler samtykkeerklæring" viser antallet af unge, der gennemførte UngMap-interviewet, men hvor der ikke kunne fremskaffes et samtykke.

Data fra UngMap blev indsamlet og anvendt af behandlerne.

Opfølgningsinterviews efter tre, seks og ni måneder

Opfølgningsinterviewene gør det muligt at se, hvilke forhold der har forandret sig siden UngMap, som blev udfyldt ved indskrivning, eksempelvis beskæftigelse, forbrug af rusmidler og psykiske problemer. Alle unge blev kontaktet telefonisk og inviteret til at svare på spørgsmålene enten via link til SurveyXact eller over telefonen. De unge modtog et gavekort på 100 kr. per interview. I næste figur ses svarprocenten.

Figur 6: Antal unge i opfølgningsundersøgelsen samt svarprocent

	Antal i opfølgnings-analyserne	Svarprocent 3-måneders	Svarprocent 6-måneders	Svarprocent 9-måneders
	155	75 %	63 %	60 %

OBS! For såvel tre-, seks- som ni måneders-opfølgningerne var der alene tale om unge, som det var muligt at interviewe indenfor projektperioden. F.eks. var det kun muligt at interviewe de unge til ni måneders-interviewet, der var indskrevet senest i januar 2022

Data blev indsamlet af en ansat på CRF.

Trivsels- og effektmonitorering (TEM)

Trivsels- og effektmonitorering (TEM) er et skema med 11 spørgsmål angående den unges forbrug af rusmidler, trivsel (personlig, social og generel trivsel) samt hverdagsfunktioner (koncentration, planlægning, oprydning, søvn og kostvaner). Skemaet besvares af den unge ved hver behandlingsaktivitet, både individuelle og gruppesessioner. I løbet af behandlingsforløbet vil den enkeltes udvikling blive afbilledet i grafer, efterhånden som behandleren taster den unges svar i TEM-programmet. For mere information se www.behandlingsportalen.dk.

Figur 7: TEM	
	Mindst et TEM-skema udfyldt
Antal unge	143 unge, i alt udfyldt 1.169 TEM skemaer

TEM-data blev indsamlet og anvendt af behandlerne.

Logbog

Data fra logbøgerne giver information omkring samtaletype (individuel, gruppe eller opfølgende, personlig, telefonisk, online), deltagere, status for session (gennemført, aflyst, udeblevet), tidsforbrug, udlevering af gavekort og udskrivningsårsag. Dette giver et indblik i selve aktiviteterne i projektet.

Figur 8: Antal loggede aktiviteter	
	Antal
Individuelle sessioner	863
Gruppessioner	231
Opfølgende behandling	177
Udskrivning	88
I alt	1359

Logbogsdata blev indsamlet af behandlerne.

Kvalitative interviews

I forbindelse med modningen af metoden blev de 24 behandlerne interviewet i seks online gruppeinterviews fordelt på kommune. Interviewene gav mange informationer om deres erfaringer med metoden, som blev anvendt til at modne metoden, men også til at forstå deres holdning til metodens forskellige kernelementer og den faktiske anvendelse.

I starten af projektet (november 2020) blev de seks ledere interviewet første gang med henblik på at afdække deres udgangspunkt for at begynde at arbejde med metoden. I forbindelse med modningen blev lederne interviewet anden gang for at få et indblik i, hvordan det gik med at arbejde med og implementere metoden. Informationerne i disse interviews blev transskriberet og kodet efter organisatoriske oplysninger i en tabel, så det blev muligt at sammenligne de seks kommuner, eksempelvis i forhold til målgruppe for behandling, antal behandlere, erfaring med behandlingsredskaber i projektet. Sidst i juni 2022 blev de interviewet igen – også med fokus på implementering af metoden, og hvilke tanker de havde gjort sig i forhold til MGU's videre liv. Disse interviews blev kodet umiddelbart, mens interviewene foregik og kodningen tog udgangspunkt i de overordnede temaer i interviewguiden (modellen, metoden, implementering og motivation). Alle interviews blev optaget, således at det var muligt at lytte til hele eller dele af interviews, for eksempel, når citater skulle renskrives.

Til sidst i projektet august/september 2022 blev der gennemført kvalitative interviews med syv unge (tre kvinder, fire mænd). Alle unge, der svarede telefonisk på opfølgingsinterviewene i de to måneder, blev tilbudt at svare på yderligere fem kvalitative spørgsmål omhandlende stemningen i gruppen, relevans i temaer og kontakten til de andre i gruppen. Det

var således tilfældigt, hvilke unge der blev spurgt, og formålet var at få uddybende beskrivelser af, hvordan de unge oplevede at være i gruppebehandling. Disse interviews blev optaget og efterfølgende kodet uden prædefinerede koder, men i stedet med udgangspunkt i det, de unge sagde. Der trådte de temaer frem, som også findes i analysen i implementeringsevalueringen: oplevelse af gruppebehandling, temaerne, spejling samt at grupperummet var et potentielt trygt og et potentielt vildt rum.

Interviewene blev foretaget af ansatte på CRF.

Behandlersurveys

Der indgår tre behandlersurveys i denne rapport. Behandlersurvey 2020 blev indsamlet i november 2020 med fokus på behandlernes faglige baggrund, metodiske erfaring og anciennitet. Behandlersurvey 2021 blev indsamlet i juni 2021 med fokus på anvendelse og oplevelse af anvendelse af kerneelementerne. Dette blev gennemført igen til sidst i projektperioden juni 2022, hvor det blev udvidet med flere muligheder for at skrive uddybende kommentarer undervejs.

Figur 9: Antal besvarelser

	1. survey November 2020	2. survey Juni 2021	3. survey Juni 2022
Antal behandlere, som deltog	31	24	25

Data blev indsamlet af ansatte på CRF.

Lydoptagelser

Behandlerne optog alle deres sessioner i to gange en måned i løbet af dataindsamlingsperioden, november 2021 og maj 2022. Disse lydoptagelser giver et unikt indblik i, hvordan metodens elementer blev anvendt i sessionerne. Metode og kodningsproces beskrives nærmere sammen med analysen af den faktiske anvendelse af elementerne i implementeringsevalueringen.

Figur 10: lydoptagelser i analyserne

	Individuelle sessioner	Gruppe-sessioner
Antal lydoptagelser	23	21

Behandlerne stod for at lave optagelserne, som blev indsamlet af ansatte på CRF.

Datasikkerhed

Alle data er opbevaret sikkert og behandlet af ansatte på CRF. UngMap-skemaer, logbog og opfølgingsinterviews blev indsamlet via spørgeskemaer opsat i SurveyXact. Hvert behandlingstilbud havde hver sin unikke adgang til UngMap-skemaerne og logbøgerne. Behandlingsinstitutionerne havde ikke selv adgang til databasen, men kunne efter forespørgsel få leveret udtræk på aggregerede data.

TEM-skemaerne blev indtastet i TEM-programmet udviklet af CRF. TEM-programmet har en to-faktor-løsning og krævede derfor, at behandlerne blev oprettet som brugere med unikke brugernavne og adgangskoder. Derfor skulle de ligeledes underskrive en fortrolighedserklæring til CRF. Der blev indgået en databehandleraftale mellem CRF og den enkelte kommune for at de kunne anvende TEM-programmet såvel som UngMap.

Lydoptagelser og interviews blev opbevaret på et sikkert drev. Alle interviewuddrag og analyser på baggrund af lydoptagelser er anonymiseret, og data deles kun anonymiseret og som oftest i aggregeret form.

4.0 Implementering og forankring

I implementeringsevalueringen kombineres forskellige datakilder: kvalitative interviews med ledere, kvalitative og kvantitative interviews med unge, kvalitative og kvantitative interviews med medarbejdere, logbøger, TEM og lydoptagelser for at belyse, hvordan kommunerne har arbejdet med de forskellige kerneelementer i metoden samt deres oplevelse med det. Desuden undersøges, hvilke organisatoriske virkeligheder, som kerneelementerne har virket ind i, da dette også er vigtigt for at forstå, hvordan denne metode har fået liv i de seks kommuner. Endelig undersøges det, hvilke muligheder og barrierer der har indvirket på den faktiske anvendelse af metodens kerneelementer.

Først beskrives kommunerne samt behandlernes faglighed ved projektstart. Dernæst undersøges den faktiske anvendelse af kerneelementerne: Anvendes metoden efter hensigten? I det følgende afsnit præsenteres behandlernes oplevelse med at arbejde med kerneelementerne og metoden i forhold til målgruppen og egen praksis. I forlængelse heraf gennemgås de unges oplevelse med metoden og sidst de væsentligste betingelser for implementeringen, herunder også organisatoriske betingelser. Formålet med implementeringsevalueringen er dels at beskrive, hvordan det har været at arbejde med metoden, og dels som grundlag til at vurdere, hvorvidt evalueringens resultater kan tilskrives metoden. Den belyser de organisatoriske barrierer og drivkræfter, der har været for implementeringen af metoden, og som kan inddrages i et videre afprøvningsprojekt eller gavne øvrige kommuner, som kunne være interesserede i at implementere metoden.

4.1/ Kommunerne

Dette afsnit beskriver kommunernes udgangspunkt for at implementere metoden, og beskrivelsen er udarbejdet på baggrund af de lederinterviews, der blev foretaget i november 2020.

De seks kommuner i projektet ønskede at arbejde med at udvikle et gruppebehandlingstilbud til unge. Fire af kommunerne deltog i metodeprogrammet, hvor MOVE som individuel behandling blev udviklet, og havde således implementeret de oprindelige kerneelementer, da projektet startede, for eksempel UngMap ved opstart. De øvrige to kommuner anvendte ASI til visitation, før de kom med i dette projekt. Alle havde indarbejdet behandlingsplan som en fast del af de unges opstartsprocedurer.

Lederne i tre af kommunerne rapporterede, at behandlerne typisk havde omkring 15-20 borgere i behandling ad gangen, og i de tre øvrige kommuner rapporterede lederne, at behandlerne i deres rusmiddelbehandling typisk havde mellem 20 og 25 borgere i behandling ad gangen. Et af behandlingsstederne havde kun unge over 18 år med i projektet, men de øvrige behandlingssteder inkluderede unge fra 15 til 25 år. Der deltog mellem tre og ni behandlere fra hver kommune. Generelt beskrev lederne ved opstart, at de havde en god og stabil kerne af behandlere, hvoraf en del var meget

rutinerede. Overordnet set var oplevelsen ved opstart, at de havde de *nødvendige ressourcer*² til rådighed for at kunne tilbyde relevant behandling til målgruppen. To kommuners ressourcer rakte ikke til ugentlige sessioner, men sessioner hver 14. dag. Behandlingsstederne havde ikke haft nedskæringer op til projektstart. Fire af lederne beskrev stor politisk bevågenhed i forhold til deres organisation. De to andre ledere beskrev, at der ikke var tæt samarbejde med embedsmænd og politikere, men at der dog var en generel opmærksomhed på udsatte borgere og unges trivsel i kommunen.

Covid-19-pandemien påvirkede også projektets betingelser ved opstart, og to ledere berettede dengang, at den første session var begyndt at foregå telefonisk fremfor fysisk. Dette samt flere af projektets betingelser vender vi tilbage til sidst i denne devaluering. Først skal vi se nærmere på behandlernes uddannelsesmæssige baggrund og selve implementeringen.

4.1.1/ Behandlernes faglige udgangspunkt

Ved projektets opstart blev 31 behandlere tilknyttet MGU, og disse besvarede et spørgeskema (Behandlersurvey 2020) for at afdække deres faglige udgangspunkt og afsæt for at arbejde med metoderne. Nedenstående viser forskellige karakteristika for disse 31 behandlere:

Figur 11: Behandlerkarakteristika ved projektstart (Behandlersurvey 2020, n=31)

Mænd	26 %
Kvinder	74 %
Gennemsnitsalder	46,6 år
Gennemsnitlige arbejdstimer pr uge	36,2 timer
Gennemsnitlige timer med klient-kontakt pr uge	17,1 timer
Uddannelsesbaggrund	
Pædagog	52 %
Socialrådgiver	26 %
Sygeplejersker, psykologer og andre	22 %
Terapeutisk uddannelse/træning 1-2 år	42 %
Terapeutisk uddannelse/træning mindst 2 år	29 %

Derudover besvarede de i starten af projektperioden et nyt spørgeskema (Behandlersurvey 2021), og heriblandt hvorvidt de forinden projektet havde arbejdet med nogle af de centrale metoder og redskaber, som var inddraget i MGU.

Figur 12: Hvor meget har du før dette projekt anvendt ...? (Behandlersurvey 2021, n=24)

	Den motiverende samtale (n=18)	Kognitiv adfærdsterapi (n=19)	UngMap (n=15)	TEM (n=17)
Slet ikke/i mindre grad	0 %	0 %	29 %	25 %
Nogen grad	25 %	21 %	8 %	4 %
Høj/meget høj grad	75 %	79 %	63 %	71 %

² De kunne godt tænke sig at kunne tilbyde behandlingssessioner ugentligt, en udtrykte ønske om økonomi til dagbehandlingstilbud og en anden til flere sociale elementer.

Behandlerne havde således gode erfaringer med samtalemetoderne før projektstart, hvor henholdsvis 75 % og 79 % svarede, at de enten i høj grad eller i meget høj grad havde anvendt Den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi før undervisningen og træningen til dette projekt. Nogle af behandlerne havde desuden systemisk træning, som blev oplevet som en fordel i gruppebehandling³. 80 % angav at få supervision af en ekstern supervisor mindst en gang hver tredje måned (Behandlersurvey 2020, n=31).

62 % af behandlerne havde i høj grad eller i meget høj grad arbejdet med grupper før projektstart (Behandlersurvey 2021, n=24). Især én kommune havde stor erfaring med gruppebehandling før projektstart.

4.2/ Den faktiske anvendelse af kerneelementer

I dette afsnit afdækkes, hvor meget og hvordan vi kan se den faktiske anvendelse af kerneelementerne. De første to figurer baserer sig på Behandlersurvey 2022 (n=25), som beskriver, i hvor høj grad de føler, at de kan arbejde i henhold til manualen, samt hvor mange gange behandlerne har afprøvet metoden i gruppesessioner. Dernæst bevæger vi os videre til de egentlige elementer anvendt i sessionerne, som analyseres ved hjælp af lydoptagelser.

Forudsætningen for at arbejde med MGU var at følge behandlingsmanualen og den dertilhørende struktur med redskaber, øvelser og temaer. Det var således defineret for behandlerne, hvad de skulle nå igennem til den enkelte behandlingssession og i løbet af gruppebehandlingsforløbet. For over halvdelen af behandlerne (56 %) har det ikke været et problem at arbejde efter manualen, og de har oplevet, at de "i høj grad/meget høj grad" kunne arbejde efter manualen, mens det for 44 % kun har været i mindre eller nogen grad.

Figur 13: I hvilken grad oplever du at kunne arbejde efter manualen, som denne foreskriver?
(Behandlersurvey 2022, n=25)

	Procent
Slet ikke/i mindre grad	16 %
Nogen grad	28 %
Høj/meget høj grad	56 %

En del af det, der har udfordret behandlerne, har relateret sig til rigiditet i struktur og indhold, og at der har været tilfælde, hvor manualen eller den enkelte session bare ikke har matchet det, hvor den unge var. I det følgende ses nogle af de begrundelser på udfordringer, som behandlerne angav i det sidste behandlersurvey (2022):

- a) "Man kan jo sagtens følge manualen, det er jo ikke noget problem. Men om det giver mening for de unge, er en helt anden sag"
- b) "det [udfordrer, fordi det] ikke altid er sådan, jeg ville gribe det an"
- c) "Jeg vurderer, at manualen ikke kan stå alene, hvis du ikke i forvejen har erfaring med fagområdet"
- d) "Det er en virkelig gennemarbejdet manual, som jeg også benytter mig af i den individuelle behandlingstilgang"

³ Derudover optrådte blandt andre mentalisering, NADA, mindfulness, ACT, familieorienteret rusmiddelbehandling.

Nogle behandlere tog godt imod manualen og metoden – og nogle tog bedre imod den efter modningsfasen, hvor der blev løsnet mere op for strukturen i den indledende individuelle behandling. Som det også afspejles ovenfor, var der en gruppe, der aldrig blev rigtigt glade for manualen. Nogle af dem fik dog øje på, at dele af manualen kunne bruges, og at gruppebehandling var godt, når der var god gruppedynamik.

En leder sammenfatter oplevelsen med manualen i dette citat:

"[Jeg var] spændt på, hvordan det ville blive modtaget, at det var meget struktureret. Men det går faktisk godt. Når vi snakker om fremtiden, så taler vi om strukturerne som en form for base. Jeg oplever behandlere, hvor der er mere ro på, fordi de ved, hvad de skal gøre og gribe i. På godt og ondt, fordi de mangler nok også lidt fleksibilitet ift. nogle enkelte borgere." (Lederinterview juni 2022)

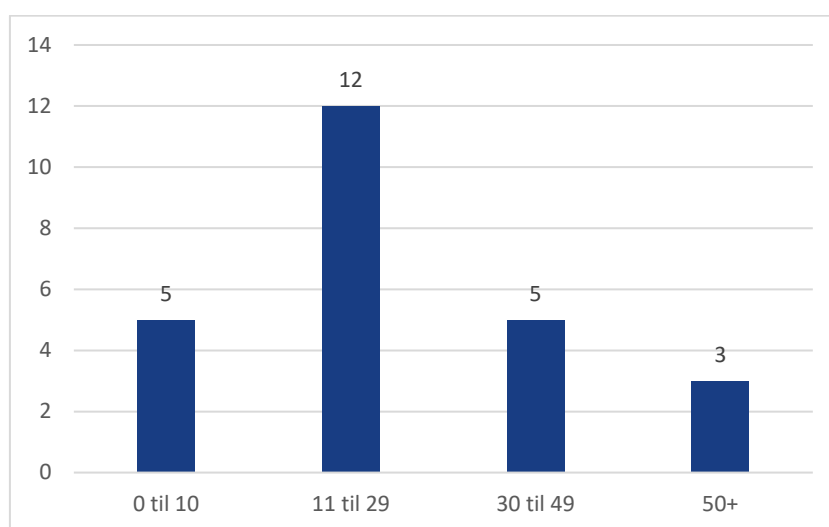
Samtalemetoderne (Den motiverende samtale/kognitiv adfærdsterapi)

Der var en vis uenighed behandlerne imellem, hvorvidt de oplevede at kunne praktisere Den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi. Nogle mente, at det var umuligt, når de skulle følge strukturerne, og andre oplevede, at de havde det med sig naturligt som en del af deres faglighed/sprog/samtaleteknik, og at metoden desuden indeholdt mange elementer fra kognitiv adfærdsterapi.

En opmærksomhed videre bør fortsat være på fleksibilitet indenfor rammen, og hvad behandlerne kan gøre, så de også kan bringe deres erfaringer og faglighed i spil. Dette bør gives opmærksomhed fremadrettet, også i supervision.

I det følgende spørges til, hvor meget erfaring den enkelte behandler har fået med gruppebehandling.

Figur 14: Hvor mange gruppesessioner (2*45-60 min) har du været behandler? (Behandlersurvey 2022, n=25)



Alle behandlerne har angivet antal gruppegange, som de har deltaget i som behandler. Den, som har deltaget i færrest, har deltaget i to gruppegange, og en femtedel af respondenterne befinder sig i første søjle med et max på ti gruppegange. Den største søjle er søjle to, hvor behandlerne har haft 11+ gruppegange. Middelværdien for alle 25 besvarelser er 18, så der er mange, der har mindre end 20 sessioner set over hele projektperioden. Dette fortæller, at de fleste behandlere har begrænset erfaring med MGU og de tilhørende temaer⁴. Tre har angivet mere end 50 gange og har derfor opnået stor erfaring med gruppebehandlingen, to angiver så stort et tal, at de med stor sandsynlighed har svaret i forhold til deres generelle erfaring med gruppebehandling, også udover projektet.

4.2.1/ Analyse af behandlingssessioner

Analyserne af behandlingssessioner giver et indblik i, hvordan behandlerne anvendte specifikke samtalemeter i deres samtaler med unge, og giver dermed mulighed for at vurdere, om manualen blev anvendt i sessionerne. Der belyses følgende tre områder i analysen:

- a) De elementer, som forventes at være til stede, for at behandlingen er i henhold til metoden, såkaldte "Samtaleelementer"
- b) De elementer, der direkte strider med metoden, såkaldte "Metodestridende elementer"
- c) Empati og samarbejde/gruppedynamik, som er vigtige forudsætninger i hele samtalen for at skabe nogle gode og meningsfulde sessioner, "Samtalens overordnede elementer".

Behandlerne optog alle deres individuelle sessioner og gruppesessioner i to gange én måned (lydoptagelser). Fire medarbejdere fra CRF har kodet i alt 44 sessioner, heraf 23 individuelle sessioner og 21 gruppesessioner. Kodningen blev gennemført efter en udførlig kodeguide, hvor behandlernes adfærd i løbet af hver enkelt session gives scores indenfor de tre ovennævnte områder, alt efter kvaliteten af metodearbejdet under "Samtaleelementer", kvantiteten af "Metodestridende elementer" og niveauet af "Samtalens overordnede elementer". Disse tre elementer er defineret af en kodeguide, der blev anvendt i Metodeprogrammet (Frederiksen et al 2018), og som helt oprindeligt tog afsæt i den internationalt validerede kodeguide "MD3 Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment - coding scale (MD3-SBIRT)", som er udviklet af DiClemente, Crouch, Norwood, Delahanty og Welsh (2015). Kodeguiden er således bygget op, så de tre ovennævnte aspekter af behandlernes adfærd analyseres og scores.

Kodeprocessen blev indledt med en justering af kodeguiden anvendt i Metodeprogrammet (Frederiksen et al 2018), så den tog højde for den nye del med gruppebehandlingen samt afspejlede forventninger til praksis foreskrevet i manualen. Derefter blev en gruppesession og en individuel session kodet af alle fire kodere og diskuteret for at mindske bias.

4.2.1.1/ Samtaleelementer

Det første område i kodeguiden omhandler "Samtaleelementerne", som hører til *a) De elementer, som forventes at være til stede, for at behandlingen er i henhold til metoden*. Hvert enkelt element får værdien 0, 1 eller 2. Værdien 0 afspejler, at adfærden ikke er til stede, 1 afspejler, at adfærden er til stede, men demonstreres enten for få gange eller er utilstrækkelig, og 2 afspejler, at adfærden er til stede og lever op til eller overgår forventningerne til elementet.

⁴ Når så mange ikke har flere gruppegange, skyldes det en relativt kort projektperiode præget af covid-19-pandemien og rekrutteringsudfordringer.

Figur 15: Hvilke samtaleelementer kodes for?

Dagsorden: Følger behandlerne en fast dagsorden? Italesættes i starten af sessionen.

Gavekort: Behandlerne uddeler gavekort. Italesættes formål, og hvad det skal, understøtte for den enkelte?

Grounding (kun i gruppesessioner): 1 minuts grounding i starten af 1. og 2. del af gruppesessionen.

TEM: Behandlerne gennemgår trivsel og forbrug, ved at TEM-skemaet udfyldes og efterfølgende drøftes.

Åbne spørgsmål: Behandlerne er undersøgende og anvender åbne spørgsmål.

Bekræftelse: Behandlerne bekræfter de(n) unge for at have klaret en opgave, nået et mål eller håndteret en situation.

Refleksion: Behandlerne reflekterer det, den unge føler (både det sagte og det usagte).

Motivation (kun ved individuelle sessioner): Den unges motivation, risikosituation og mestringsstrategier undersøges (det kan være ved brug af kognitive analyseredskaber såsom den kognitive diamant, fem-kolonneskema, forandringscirklen).

Dagens tema: I manualen defineres indhold til de enkelte sessioner, som ikke skal følges slavisk, men som alligevel sætter en ramme for, hvad der forventes at være indhold i sessionen. Dagens tema forklares, så de(n) unge er med på indholdet, og der følges op med øvelser, undersøgelse og/eller gruppesnak. I gruppen er det vigtigt at arbejde på at facilitere en god gruppesnak om temaet.

Mål: Der tales om, hvor den unge er ift. mål, og dette bruges videre, fx til at lægge planer og strategier, analysere risikosituationer eller andet. Dette forventes også at spille en rolle i gruppesessionerne, men ikke at det gøres for alle og heller ikke alle mål.

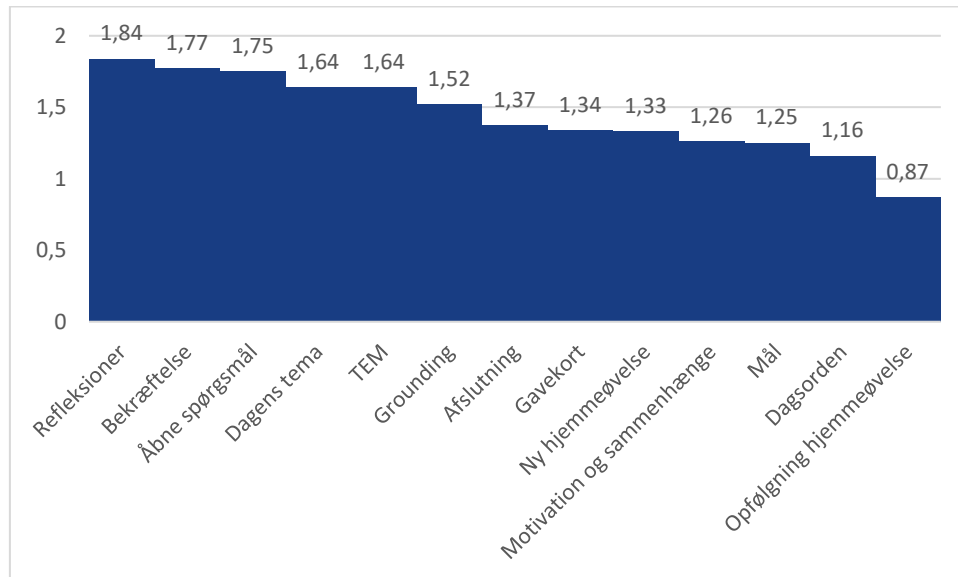
Sidste hjemmeøvelse: Behandlerne følger op på, om øvelsen er lavet, og undersøger, hvad de(n) unge har fået ud af at lave øvelsen. Hvis denne ikke er lavet, bør behandleren undersøge, hvad der forhindrede, at den blev udført.

Ny hjemmeøvelse: Skal forklares, så de(n) unge er klædt på til at lave øvelsen i ugens løb. Øvelsen skal knytte sig enten til den enkeltes målarbejde eller dagens tema.

Afslutning: Behandlerne afsætter tid nok til at lave en grundig opsummering af de emner og strategier, der er arbejdet med i sessionen. Denne opsummering bør følges af en evaluering af dagens session (dialogen er vigtig).

I nedenstående figur ("*Middelværdier for de enkelte kernelementer*") ses, hvordan behandlernes anvendelse af de forskellige delelementer placerer sig. Den angivne værdi er et gennemsnit af alle kodninger på tværs af gruppe- og individuelle sessioner. Jo tættere på 2, jo mere er det enkelte element blevet anvendt på en kvalificeret måde. Det er måske urealistisk at forestille sig et resultat, hvor alle behandlere scorer 2 i alle sessioner. Det kan dog ses som utilfredsstillende implementering, hvis elementer ligger under scoren 1 i vurdering.

Figur 16: Middelværdier for de enkelte kerneelementer
(scoret enten 0-1-2) (n=44)



Figuren viser, at behandlerne især var gode til refleksioner (=1,84), bekræftelse (=1,77) og åbne spørgsmål (=1,75). Dette ses som et udtryk for, at de fleste har de mest essentielle elementer fra Den motiverende samtale på rygraden. Hvis vi for eksempel udfolder åbne spørgsmål, som så godt som alle var meget gode til at anvende, var det også helt tydeligt, at gode og velplacerede åbne spørgsmål havde en god indvirkning på sessionens videre forløb. Det blev dog også tydeligt, da sessionerne blev kodet, at det ikke nødvendigvis var de samme spørgsmål og undersøgende greb, der virkede godt i en gruppe, som også gjorde det i individuelle sessioner. Eksempelvis kunne det at spørge meget åbent ind til individuelle forhold være ødelæggende for gruppedynamikken. Det er derfor vigtigt at afstemme mængden og karakteren af åbne spørgsmål i en gruppe i forhold til at engagere hele gruppen. Et eksempel på personligt åbent spørgsmål, som kan være relevant for hele gruppen, er eksempelvis, når en behandler spørger indtil, hvordan unge har arbejdet for at opnå stoffrihed, reduceres eller andre forandringer i rusmiddelbruget. Et konkret eksempel fra lydoptagelserne på et åbent spørgsmål er: *"Du har været stoffri i fem uger, hvad har du gjort for at opnå det?"*

Elementer såsom arbejde med motivation og sammenhænge (=1,26), mål (=1,25) og opfølgning på sidste hjemmøvelse (=0,87) er de elementer, som fik de laveste scorere.

Opfølgning på hjemmøvelse handler om at følge op på hjemmøvelsen, som blev stillet sidste uge. Det er det eneste element, der bevæger sig under 1. Det er derfor et element, der kræver en særlig opmærksomhed, netop fordi det er en væsentlig del af den kognitive adfærdsterapi at arbejde videre med individuelle problemstillinger mellem sessionerne.

Et punkt som 'dagsorden' fik en forholdsvis lav score, fordi dagsordenen ikke blev tydeligt italesat på lydfilerne, men det var faktisk muligt at identificere og genkende samtalestrukturen og indhold. Også brug af dagsorden er en væsentlig del af såvel kognitiv adfærdsterapi som Den motiverende samtale.

Et minuts grounding fungerede generelt godt på lydfilerne og virkede til at fokusere og samle energien (=1,52). Som vi senere skal se, blev dette ikke et naturligt element for behandlerne. Dette betyder dog ikke nødvendigvis, at den gode placering i kodningen ikke er valid, men blot, at der er forskel på, hvordan behandlerne har oplevet det, og hvordan det fremstår i lydoptagelserne. Begge resultater er således gyldige på hver deres måde. I lydoptagelserne var der forskellige måder at indlede elementet på, i det følgende er et godt eksempel fra en af gruppesessionerne: *"Nu skal vi have et minuts grounding, så vi lige kan falde til ro og være til stede. Jeg skal nok give en melding, når det minut er gået. Og det minut, det starter nu".*

Anvendelsen af TEM ligger relativt højt i ovenstående analyse (=1,64). Et godt eksempel fra lydfilerne var, at de unge først udfyldte deres TEM. Dernæst opfordrede behandlerne de unge til: *"hvis I snakker sammen to og to om, hvordan ugen har været på baggrund af jeres besvarelse."* – og efterfølgende samler de op i plenum: *"Er der nogen, der har lyst til at dele, hvad det er, I har snakket om?"*

Dagens tema (=1,64) var også til stede på tværs af sessionerne. Temaerne var med til at give de enkelte sessioner indhold og flytte fokus fra den enkelte og til et fælles emne for gruppen.

Generelt vurderes det på baggrund af denne analyse, at metodens samtaleelementer blev anvendt af behandlerne. I det følgende vil vi dykke ned i andre af sessionens elementer, som kan udfordre den gode samtale uafhængigt af, om de ovenstående elementer var til stede og blev udført med god kvalitet.

4.2.1.2/ Metodestridende elementer

Den anden del af kodeguiden omhandler de såkaldte metodestridende elementer. Her bliver behandlernes adfærd i løbet af sessionerne ligeledes analyseret og scoret i kodningsprocessen i forhold til, om de gør eller siger noget, som er i strid med metoden. Nedenfor vises, hvilke udfordrende/metodestridende elementer i sessionerne der blev kodet for, og de anvendte kategorier.

Figur 17: Metodestridende elementer

- 1) Advarsler/truende** (eksempelvis opstiller et skrækscenarie: "Hvis du ikke stopper med at ryge, får du aldrig et arbejde, og der kommer ikke til at ske nogen forandring" eller: "Hvis du får et tilbagefald, mister du alt, hvad du har kæmpet for")
- 2) Passiv/får ikke reageret på den unges bekymringer** (eksempelvis situationer, hvor behandleren burde reagere, men i stedet opstår der en lang pause, hvorefter behandleren skifter emne).
- 3) Malplaceret eller respektløs rådgivning, og/eller hvis der etableres mål/dagsorden uden den unges input** (giver råd ude af trit med, hvad den unge har snakket om, eller hvor behandleren enten ikke har undersøgt den unges syn på tingene først eller ikke inddrager dette. Behandleren bliver ved med at vende tilbage til et emne eller et mål, som den unge ikke synes, er relevant, eller som den unge ikke spørges om i forhold til relevans).
- 4) 'Sætter i bås' og/eller giver diagnoser** (det kan være stereotype udtalelser om den unge eller andre i den unges liv eller anvendelse af et diagnostisk sprog, hvor behandleren lufter forskellige mulige diagnoser).
- 5) Understreger autoritet/magtforhold og/eller udtrykker sig fordømmende** (det kan ske ved at understrege autoritetsforholdet, eller når behandleren tvivler på eller er kritisk/fordømmende overfor den unge).
- 6) Belærende og/eller medicinsk jargon** (fx længere foredrag, hvor den unge ikke inddrages i samtalen, eller brug af tekniske, faglige termer, som den unge ikke virker til at forstå).
- 7) Upassende svar på den unges kommentar/spørgsmål** (svar, som viser, at behandleren ikke har lyttet til eller forstået den unges input).

Uagtet hvor gode behandlere er, vil der være tidspunkter, hvor der kommer udsagn eller adfærd, der falder uheldigt ud. I analyserne af behandlingssessionerne blev metodestridende udsagn og adfærd talt. Hvis en session fik værdien 2, var der to gange observeret metodestridende udsagn; hvis en session fik værdien 5, var der fem gange observeret metodestridende udsagn og så fremdeles. Når sessionerne blev kodet, var der en særlig opmærksomhed på, hvordan de unge reagerede på behandlerens udsagn. Hvis et uheldigt udsagn var ment i sjov, og den unge fandt det underholdende, forblev udsagnet neutralt.

I kodningen af sessionerne fik vi således en total score som et udtryk for de antal gange, hvor der blev observeret uhensigtsmæssig adfærd, altså hvor én af de ovenstående punkter var til stede. I nedenstående figur inddeles de totale scores i fire kolonner, som viser fordelingen af adfærd i modstrid med metoden på de i alt 44 kodede sessioner (både individuelle og gruppesessioner):

Figur 18: Uhensigtsmæssig adfærd tilstede i en session
(n=44 sessioner)

	0 gange i løbet af en session	1-4 gange i løbet af en session	5-10 gange i løbet af en session	10+ gange i løbet af en session
Antal sessioner	13	18	9	4

Det er således 31 sessioner (71 %), hvor der er adfærd til stede, som er i modstrid med metoden. I 13 sessioner blev der ikke observeret uhensigtsmæssig adfærd, og i 18 sessioner i mindre grad med 1-4 gange.

Det er især adfærd (se figuren ovenfor "*Metodestridende elementer*") 2 (=reagerer ikke), 3 (=malplaceret rådgivning), 6 (=belærende) og 7 (=upassende svar), som er til stede. Adfærd 4 (=sætter i bås) og 5 (=autoritetsforhold/betvivler) forekommer stort set ikke. Den modstridende adfærd forekommer på tværs af alle seks kommuner. Der er således ikke en særlig kommune, som gør sig gældende i den ovenstående sammentælling.

4.2.1.3/ Samtalens overordnede elementer

Kodeguidens tredje og sidste del omhandler "Samtalens overordnede elementer", som er samarbejde/gruppedynamik og empati og er defineret i DiClementes kodeguide (2015) og i kodningsinstrumentet "The Motivational Interviewing Treatment Integrity" (MITI), som har fokus på Den motiverende samtale (Moyers et al 2010). Samtalens overordnede elementer skal være med til at belyse, hvorvidt grundessensen af Den motiverende samtale er til stede i behandlingssessionerne. Der er fokus på tre dele: samarbejde, gruppedynamik og empati. De tre begreber relaterer sig til behandlerens stil og evne til at fostre en god samtale, samt hvordan samtalen og samarbejdet fungerer igennem hele samtaleforløbet.

Figur 19: Samtalens overordnede scorer

<p>Samarbejde (individuelle sessioner): Samtalen foregår som en samtale mellem to ligestillede, hvor begge har en brugbar viden, som kan være nyttig i forhold til at arbejde med problem/forandring.</p> <p>Gruppedynamik (gruppesessioner): Gruppesessionen foregår som en samtale, der drives frem af en gruppedynamik mellem ligestillede, hvor der gives mulighed for, at alle kan bidrage til den fælles samtale. De to behandlere samarbejder om at drive samtalen og facilitere en gruppedynamik.</p> <p>Empati: Behandleren forstår eller gør et aktivt forsøg på at forstå den unges perspektiv, følelser, tanker og mål. Refleksioner og aktiv lytning er en del af det, og begrebet forsøger at indfange behandlerens forsøg på at opnå en reel forståelse af de(n) unges perspektiv.</p>
--

Både samarbejde og gruppedynamik handler om, hvordan behandleren påvirker samtalsretning, og hvor meget de(n) unge definerer. Forskellen på samarbejde og gruppedynamik er, at det kræver forskellige typer af spørgsmål, hvor fokus i højere grad er på behandleren og den enkelte unge i individuelle sessioner, og hvor behandleren kan trække på forudgående viden om den unge, mens det i gruppedynamikken i højere grad handler om at invitere ind i samtalen og give plads til de enkelte unge, men undgå, at det bliver individuel behandling med tilhørere.

Samarbejde og gruppedynamik kodes på en skala fra 1 til 5 (lav-høj), som defineres således:

I den lave ende af skalaen (1-2) indtager behandleren ekspertrollen i størstedelen af samtalen og arbejder ikke på at opnå en fælles forståelse. Der anvendes i høj grad envejskommunikation, der baseres på behandlerens autoritet og ekspertise. I den høje ende af skalaen (4-5) fremmer behandleren samarbejdet ved i høj grad at lade den unge være eksperten. Det er den unges idéer og tanker, som har indflydelse på, hvilken retning samtalen tager.

Empati handler om at gøre et aktivt forsøg på at forstå den unge. En høj score i empati vil forudsætte, at behandlerne anvender ingen eller få modstridende elementer. Og i høj grad giver plads til, at den unge selv definerer.

Empati scores også fra 1 til 5 (lav-høj): I den lave ende af skalaen vil der ofte være en behandlerstil med fokus på faktuelle spørgsmål uden et forsøg på at forstå den unges synspunkt, og hvor svarene i højere grad anvendes til at underbygge behandlerens syn på tingene end på at opnå en reel forståelse af den unges perspektiv. I den høje ende af skalaen er behandlerstilen oprigtigt interesseret i at få en bedre forståelse af den unge. Der anvendes tid på at undersøge den unges meninger og tanker om den adfærd, der er mål i forhold til forandring.

I næste figur vises gennemsnittet på tværs af alle sessioner. Samarbejde er for de individuelle sessioner, gruppedynamik for gruppesessioner, mens empati er på tværs af såvel gruppe- som individuelle sessioner. Med et gennemsnit på 3,5 for samarbejde, 3,7 for gruppedynamik og 3,8 for empati, befinder alle elementerne sig over midtpunktet på 3, hvilket er positivt.

Figur 20: Samtalens overordnede score (n=44)			
	Samarbejde	Gruppedynamik	Empati
	3,5	3,7	3,8

Et eksempel på en meget velfungerende individuel session var en samtale båret frem af refleksioner, hvor den unge tydeligt fik lyst til at dele mere og opnåede en dybere forståelse af sig selv og sine udfordringer. Refleksionerne var så velplacerede, at de åbnede op for samtalen på en bedre måde end åbne spørgsmål, fordi de var forbundne med det, den unge lige havde fortalt. Når man mestrer den disciplin, vil det have en positiv indvirkning på både samarbejde og empati, særligt i de individuelle sessioner. Det kan være udfordrende at komme igennem alle elementerne i sessionen, hvis man som behandler gerne vil anvende denne stil fra starten, så den unge definerer hele samtalen. I henhold til denne manual bliver øvelsen at slå et tema an, finde ud af, hvor man kan finde et fælles udgangspunkt, og så derefter anvende refleksioner til at åbne samtalen og den unges perspektiv op.

Den metode og måde at bære samtalen frem, som beskrives ovenfor, synes dog at skulle doseres varsomt i gruppesessionerne. Det samme skal meget individuelt rettede spørgsmål. I lydoptagelserne var det tydeligt, at det var med

til at skabe et trygt og ikke-dømmende rum, når fokus blev flyttet fra den individuelle til fællesskabet, hvor den enkelte selv valgte at byde ind. I forhold til gruppedynamikken var det langt mere frugtbart at spørge: *"Hvad tænker I andre?"* end: *"Hvad med dig?"* Der må gerne spørges videre ind til de enkelte udsagn, den unge lige har delt, men som behandler var det vigtigt at undgå at referere tilbage til noget, den unge før havde sagt, så snart der var tilhørere på. At referere tilbage til tidligere udsagn var der eksempler på i lydoptagelserne, og det blev særligt anvendt, når der var stille i gruppesessionerne, og kan tolkes som et forsøg på at få de unge til at dele, men i stedet endte det ofte med at være ufrugtbart i forhold til den enkelte og havde derfor heller ikke en god virkning på gruppedynamikken. En god måde at komme stilhed til livs var eksempelvis, at den ene behandler spurgte den anden behandler: *"Kan du komme med et eksempel fra dit virkelige liv?"*. Generelt virkede gruppesnak to og to også rigtig godt til at få de unge i gang med at sætte ord på deres oplevelser – og så efterfølgende samle op i plenum. Der var eksempler på gruppesnakke, der var svære at afbryde, fordi de unge var så engagerede i at dele med hinanden.

I de fælles opsamlinger var det meget forskelligt, hvor hurtige de unge var til at byde ind. Der var enkelte tilfælde i lydfilerne, hvor unge var lige ved at sige noget, da behandlerne skiftede emne, hvilket kan være uheldigt i forhold til den enkelte.

Det var tydeligt, at det virkede godt lige at afstemme små valg gruppelederne imellem, så længe det var på en samarbejdende og ikke diskuterende facon.

4.2.1.4/ Kommuner med størst og mindst indtag

Afslutningsvist har vi opdelt kommunerne i to grupper, hvor den ene er baseret på de tre kommuner med mindst indtag overfor de tre kommuner med størst indtag. Hos de største kommuner var der flere unge til stede i gruppesessionerne, hvilket vi kunne forestille os havde betydning for dynamikken i grupperne. Her ses alene på de positive scorer og de tre overordnede scorer, nemlig samarbejde, gruppedynamik, som knytter sig til henholdsvis de individuelle sessioner og gruppesessionerne, og empati, som går på tværs af individuel og gruppe.

Figur 21: Overordnede samtale elementer og positive scores i kommuner med størst og mindst indtag?

	Individuelle sessioner			Gruppe sessioner		
	Positiv score	Samarbejde	Empati	Positiv score	Gruppedynamik	Empati
Kommuner med størst indtag	14,23	3,31	3,64	20,73	4	3,46
Kommuner med mindst indtag	19,22	4	4,2	18,9	3,4	4,11

Der tegner sig et billede af, at de kommuner, som har størst indtag, i lidt højere grad har anvendt kerneelementerne i gruppesessionerne og også får en lidt højere score i forhold til at etablere gruppedynamik. Forskellene er dog ikke statistisk signifikante testet ved hjælp af en såkaldt t-test. Omvendt har kommunerne med mindst indtag i højere grad anvendt elementerne i de individuelle sessioner sammenlignet med kommunerne med størst indtag.

En tolkning kan være, at gruppesessionerne bliver nemmere, når der er flere unge i gruppen, som der formentligt vil være i de kommuner, der har størst indtag og har fået et bedre erfaringsgrundlag at stå på. En anden tolkning kan være, at de

behandlere, der har mindst indtag, har mere fokus på den individuelle behandling. En tredje tolkning kan være, at dette reflekterer engagement; hvor de kommuner med størst indtag har størst engagement i forhold til gruppebehandling og dermed størst fokus på at få unge med i projektet og afprøve metoden, mens de kommuner med mindst indtag har mest engagement i forhold til de individuelle sessioner. Det er dog tydeligt, at kommunerne med størst indtag har haft et større grundlag for at træne gruppebehandling og afprøve denne metode.

4.2.2/ Opsamling

Der er ingen tvivl om, at behandlerne har anvendt elementer fra metoden, og det er tydeligt at genkende manualen og strukturerne i de lydoptagelser, der er kodet til denne analyse. Der er tale om behandlere, der gør et aktivt forsøg på at anvende elementerne og samtalemetoderne i praksis. Der har samtidigt været variation mellem kommunerne i forhold til, hvor meget de har fået afprøvet gruppebehandlingskonceptet og de forskellige temaer. Dette hænger sammen med kommunernes indtag og herunder, hvor store grupper de har haft mulighed for at danne, og hvor ofte der er startet nye unge op i gruppebehandlingen. Kodningerne har vist, at behandlerne i høj grad arbejder – og arbejder godt – med delelementer såsom refleksioner, bekræftelse og åbne spørgsmål. Hjemmearbejde og særligt det grundige arbejde med at gennemgå dem og reflektere over de unges udbytte af dem er et område, som i højere grad har været vanskeligt, og som i mindre grad er blevet implementeret.

Ligeledes placerer behandlernes brug af overordnede elementer, såsom samarbejde/gruppedynamik og empati, sig over midtpunktet, når der ses på et samlet gennemsnit. Niveaue er helt tilsvarende kodningen af samarbejde og empati i Metodeprogrammet (Frederiksen et al 2018).

Anvendelsen af elementerne kan ikke vurderes alene, men bør sammenholdes med de holdninger, der er til metoden og kerneelementerne. Det bliver undersøgt nærmere i næste afsnit.

4.3/ Behandlernes oplevelse af metodens kernelementer

I implementeringsøjemed er det ikke tilstrækkeligt kun at undersøge, hvordan metodens elementer har været anvendt; det er også væsentligt at inddrage, hvordan behandlerne har oplevet at implementere og arbejde med de forskellige elementer i projektet undervejs. Dette kan eksempelvis være relevant i fremtidige drøftelser med medarbejderne hos kommende organisationer, som ønsker at implementere MGU. Analysen bygger på behandlernes holdninger delt i Behandlersurvey ved opstart (november 2020), midtvejs (juni 2021) og ved projektets afslutning (juni 2022) samt kvalitative interviews midtvejs (juni 2021). Vi kommer omkring de indledende individuelle sessioner, gruppesessionerne og opfølgende behandling.

4.3.1/ De individuelle sessioner

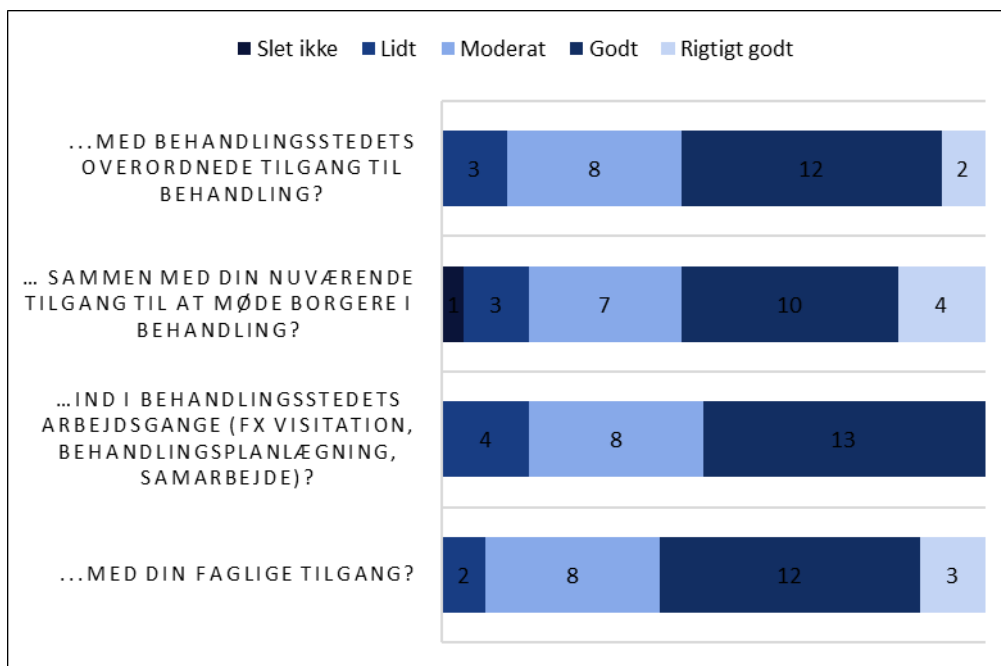
Behandlingsforløbet i MGU indledes med fem individuelle sessioner, som følger en fast struktur. Først interviewes den unge med UngMap, dernæst gives en tilbagemelding, og der udarbejdes i fællesskab en behandlingsplan på baggrund heraf. Fra session tre til fem er der en række øvelser, som behandleren kan anvende efter behov (eksempelvis "Lær af slip"), og andre, som behandleren bør anvende ("Top 5-motivationer" og "Forberedelse til gruppe").

I det følgende undersøges behandlernes holdning til de elementer, der i høj grad strukturerer de indledende sessioner. Først spørges overordnet til, hvordan metoden passer til deres egen praksis, dernæst spørges til UngMap og TEM, og sidst til øvelserne (Behandlersurvey 2022).

4.3.1.1/ Hvordan passer metoden med jeres praksis?

Der var en overvejende positiv holdning til MGU, og hvorledes det passede ind, både i forhold til behandlerens egen faglige tilgang og behandlingsstedets rammer. I nedenstående figur fremgår det således, at 52-60 % fandt, at MGU passede "godt"/"rigtigt godt" med deres egen faglige tilgang, stedets arbejds gange, tilgangen til de unge og til behandling.

Figur 22: Hvor godt passer MGU (både individuel behandling og gruppebehandling) ...? (n=25)



At besvarelsene ikke var mere positive, kan tolkes som forårsaget af en manglende fleksibilitet i forhold til at have plads og tid til det, der kan fylde for den unge i sessionerne, samt de ovenfor nævnte rekrutteringsudfordringer, som kan være noget af det, der udfordrede egne arbejds gange. Dette kom frem som et tema i de kvalitative interviews (juni 2021) og har også været en gennemgående tilbagemelding fra behandlerne igennem hele projektperioden.

4.3.1.2/ Holdning til UngMap og TEM

Behandlerne blev også spurgt til deres holdning til UngMap og TEM i forhold til, hvor brugbare og anvendelige de to redskaber har været. I figur nedenfor ses, at 64-92 % af behandlerne mente, at redskaberne "i høj grad"/"i meget høj grad" var brugbare og anvendelige på forskellig vis (som afdæknings-, feedback- og samtaleredskab). Den lavest rangerende

var UngMap som redskab til at formulere en behandlingsplan med den unge (64 % "I høj grad"/"meget høj grad") og den højest rangerende var TEM som samtaleredskab (92 % "I høj grad"/"meget høj grad").

Figur 23: Hvor anvendelig var UngMap og TEM som redskaber i MGU?

(Behandlersurvey 2022, n=25)

	Slet ikke/ i mindre grad	I nogen grad	I høj/meget høj grad
UngMap som redskab til afdækning	0 %	28 %	72 %
Feedback med udgangspunkt i UngMap	8 %	24 %	68 %
UngMap som redskab til at formulere en behandlingsplan	0 %	36 %	64 %
TEM som samtaleredskab	0 %	8 %	92 %

Generelt kan besvarelsene tolkes som et udtryk for, at behandlerne har taget godt imod to grundlæggende strukturelle elementer, UngMap og TEM. Desuden så vi i analyser af lydoptagelser, at TEM og UngMap i store træk anvendes som foreskrevet. TEM er listet her under individuelle sessioner, men behandlerne har formentligt svaret på det som et samtaleredskab til hele forløbet og dermed også som redskab i gruppeforløb.

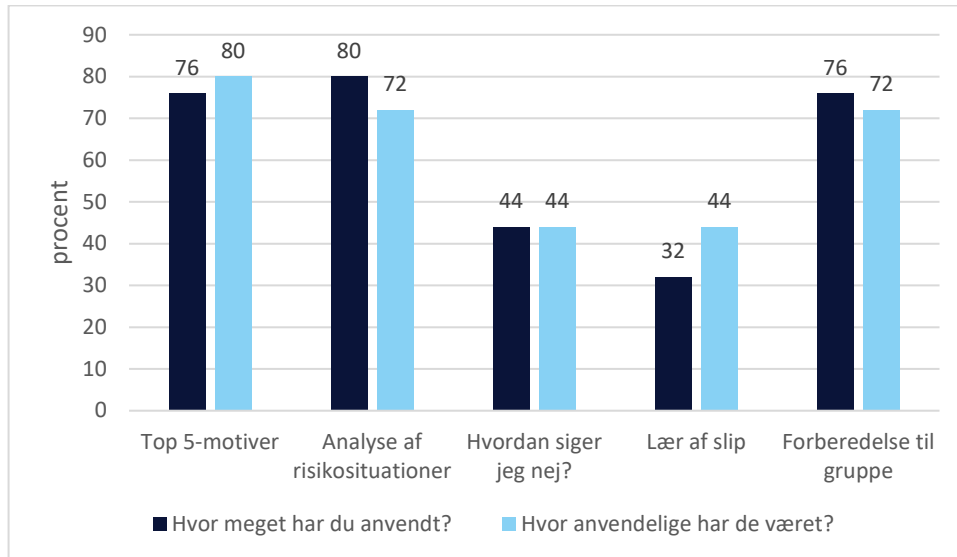
4.3.2/ De individuelle øvelser

Strukturen i de individuelle sessioner blev ændret meget i forbindelse med modningen af metoden og videreudviklingen af manualen. Generelt virkede det til, at behandlerne følte sig hørte og tog godt imod justeringerne. Der blev i ændringerne særligt givet mere plads til fleksibilitet i forhold til tid og indhold i sessionerne.

Som det fremgår af nedenstående figur, var behandlerne fortsat udfordrede af to øvelser, da de blev spurgt til sidst i projektperioden: *Lær af slip* og *Hvordan siger jeg nej?* (Behandlersurvey 2022). De anvendte dem ikke i så høj grad, og der er en tæt sammenhæng mellem hvor meget, de har anvendt øvelserne og hvor anvendelige, de fandt øvelserne.

Søjlerne *Hvor anvendelige har de været?* Angiver, hvor mange procent af behandlerne, der har svaret "i høj grad" eller "i meget høj grad" til anvendeligheden af hver øvelse.

Figur 24: Behandlernes angivelse af anvendelse og anvendelighed af øvelser i de individuelle sessioner
(Behandlersurvey juni 2022, n=25)



I en kommentar til spørgsmålet tilføjede en behandler, at alle øvelser på en eller anden måde gav mening, hvis det var der, den unge var. Men det gav fx ikke altid mening at tale om at lære af slip, fordi det forudsætter, at den unge var stoppet eller havde et ønske om at stoppe (Behandlersurvey juni 2022).

Med afsæt i behandlernes kommentarer er det vigtigt at tydeliggøre, at de individuelle sessioner i høj grad skal tage udgangspunkt i den enkelte unges arbejde med sig selv på en relations-fremmende måde. Begynder kommunerne at bløde op for antallet af individuelle sessioner med henblik på at sikre rekruttering til deres gruppetilbud, kunne der med rette skeles til ovenstående figur og sikres, at *Top 5-motiver*, *Analyse af risikosituationer* og *Forberedelse til gruppe* bibeholdes som faste elementer, mens de sidste to øvelser, *Hvordan siger jeg nej* og *Lær af slip*, kan tænkes ind, når de er relevante for den unge. Manualen indeholder også denne fleksibilitet.

Oplægget til øvelsen *Forberedelse til gruppe* er, at det foregår på kontoret, men nogle behandlere havde god erfaring med at tage den unge med hen til gruppelokalet og vise, hvor gruppesessionerne skulle foregå, samtidig med at de forberedte den unge på næste skridt i forløbet.

4.3.3/ Gruppesessioner

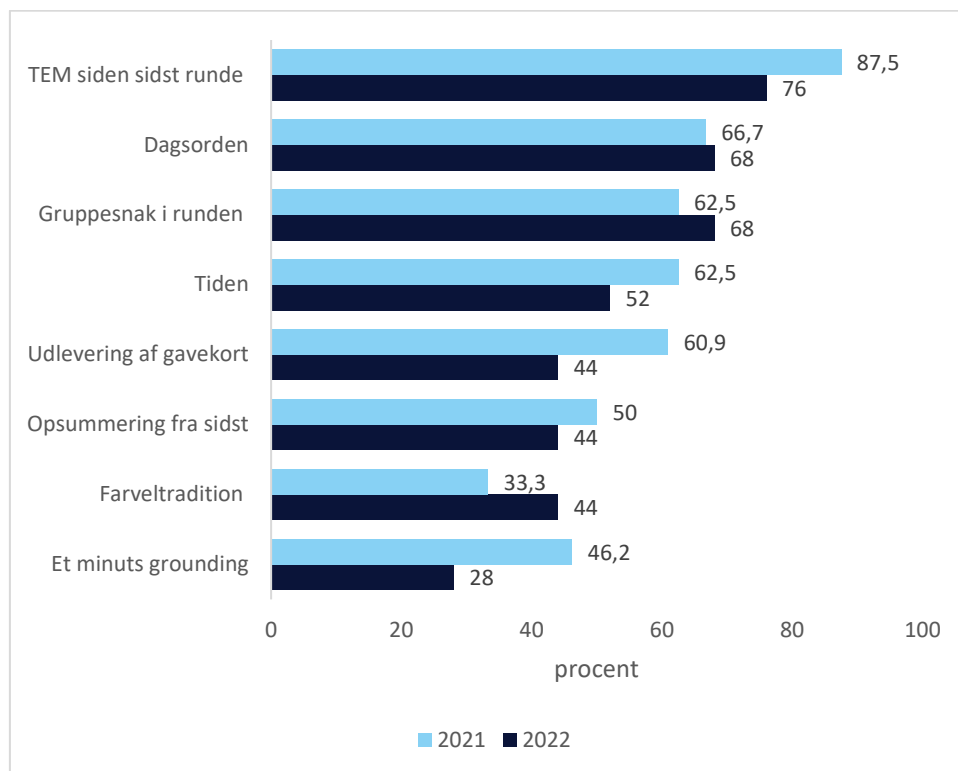
Efter det indledende individuelle forløb startede de unge i et gruppeforløb bestående af ni gruppesessioner med de samme strukturelle elementer, som de unge kendte fra det individuelle forløb, såsom gavekort, dagsorden og TEM. Desuden blev hver gruppesessions indhold defineret af et tema. Generelt havde behandlerne kun mindre justeringer til selve gruppestrukturen, da metoden blev modnet. I forbindelse med modningen blev der ændret lidt i strukturen – helt specifikt rækkefølgen på de enkelte punkter på dagsordenen. Derudover blev indholdet i temaerne redigeret og forenklet. I det følgende vil vi se nærmere på, hvor mange behandlere der i høj grad eller i meget høj grad fandt de strukturelle

elementer og temaer anvendelige med afsæt i Behandlersurvey 2021 (n=24) og 2022 (n=25). Dette vil blive suppleret af behandlernes kommentarer fra de kvalitative interviews samt kommentarer angivet i Behandlersurvey 2022.

Det første element, behandlerne har vurderet i nedenstående figur ("*Oplevelse af, at de strukturelle elementer i høj grad eller i meget høj grad er anvendelige*"), er TEM, som flest anser som mest anvendeligt med 76 % i 2022 og 87,5 % i 2021. Analysen af lydoptagelserne viste også, at elementet i høj grad blev anvendt i henhold til metoden.

Nogle behandlere kommenterede, at det nogle gange kunne være svært at finde en balance i, hvor meget de skulle spørge ind til TEM i gruppen, og betoner vigtigheden af at have fokus på, hvordan TEM bliver et godt redskab i gruppen. En behandler skriver, at det fungerede godt for dem at fokusere på personlig trivsel og rusmiddelforbrug i stedet for at gennemgå alle spørgsmålene (se også afsnit 4.1.1 Analyse af behandlingssessioner).

Figur 25: Oplevelse af, at de strukturelle elementer i høj grad eller i meget høj grad er anvendelige
(Behandlersurveys 2021, n=24 og 2022, n=25)



Dagsorden (=68 % i 2022) og struktur for gruppessionerne fungerede generelt godt for behandlerne i projektet. Der er kun 44 % af behandlerne i 2022, der oplever, at udlevering af *gavekort* i høj grad eller i meget høj grad er anvendeligt. Det samme gør sig gældende for anvendelsen af gavekort i de individuelle sessioner, hvor 40 % svarer, at det i høj grad eller i meget høj grad er anvendeligt (Behandlersurvey 2022, n=25). Det overordnede formål med gavekort er at forstærke fremmøde, som viste god effekt i MOVE, men der er nogle behandlere i det nærværende projekt, der havde det svært med dette element i praksis. En behandler kommenterede eksempelvis, at flere unge syntes, at det var

mærkeligt/ydmygende at modtage gavekort – og at der var mange af de unge, der ikke fik dem brugt. Behandlerne anvendte forskellige systemer til at holde styr på gavekortene i gruppen for nemmere at kunne overskue udleveringen, og en del havde fundet sig godt til rette med dette, men for andre vedblev gavekort med at være et forstyrrende element.

Der er ligeledes 44 % (2022), der anser *Opsummering fra sidst* for at være anvendeligt i høj grad eller i meget høj grad. Samtidig var der mange behandlere, der betonedede vigtigheden af flere gentagelser, som netop er pointen med dette element: At få gentaget og bygget bro mellem sessionerne. Der kan derfor tænkes i, hvordan dette kan gøres, så det bliver mere meningsfyldt for behandlerne. I forlængelse heraf så vi i analyse af behandlingssessioner ovenfor, at opfølgning på hjemmeøvelser også er et element, der kan fylde mere i praksis (se afsnit 3.2.1). Behandlerne oplevede, at det kunne være svært at få de unge til at lave hjemmeøvelser, men selve opfølgningen kan også være med til at forstærke dette element. I fællesskabet i gruppen er det ligeledes forstærkende, at der er andre unge, der deler deres oplevelse.

Farveltradition blev af en større andel i 2022 (=44 %) sammenlignet med 2021 (= 33,3%) fundet anvendelig. Farveltraditionen var et farvelritual til de unge, der færdiggjorde gruppeforløbet. Det kunne gøres på forskellig vis med enten en lille tale, et diplom eller et postkort fra behandlerne og de andre unge i gruppen. Det var et element, som var nyt for behandlerne, og hvor der også var rum til, at de skulle finde deres egen praksis.

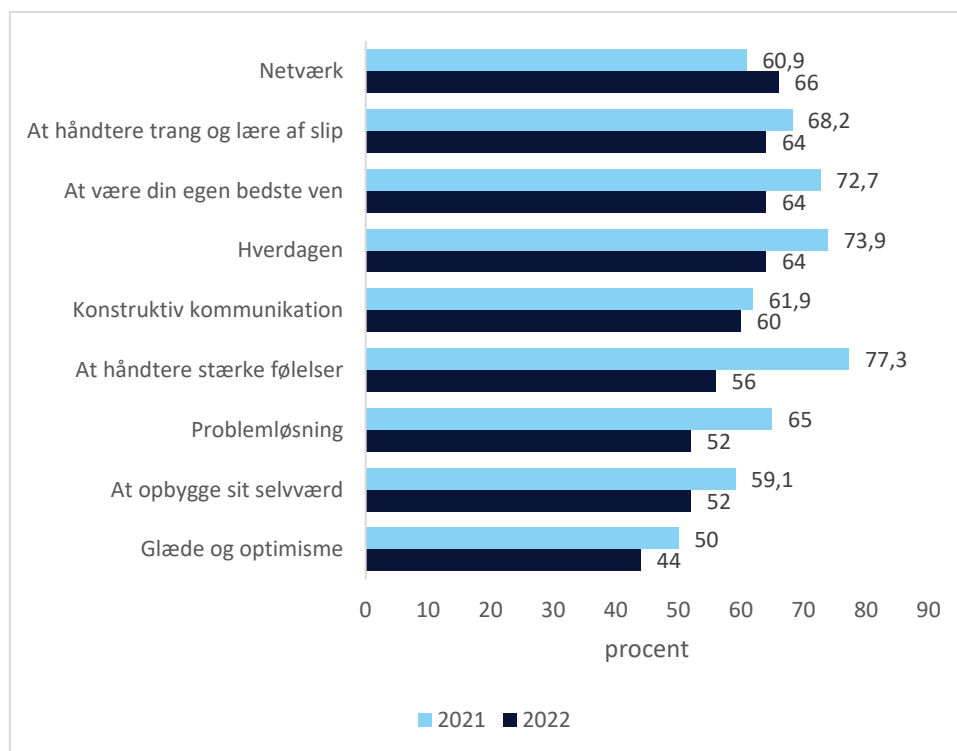
I forbindelse med de kvalitative interviews med behandlerne juni 2021 delte de også deres indledende erfaringer med farvelritualet. En af kommunerne anvendte et diplom til dette farvelritual og beskrev, at det blev modtaget godt af de unge, som ofte ikke tidligere havde store succeser med at gennemføre. Behandlere fra en anden kommune gjorde ligeledes noget særligt ud af farvelritualet med et postkort, hvor der på forsiden stod '*I did it*', og på bagsiden havde behandlere skrevet en hilsen. De andre unge i gruppen fik også mulighed for at skrive på kortet. Det blev et godt overgangsritual og gav anledning til at snakke om, hvad der skulle ske for den unge efter gruppeforløbet. Oplevelsen var, at mange af de unge blev glade og rørte.

Det lavest rangerende element, *et minuts grounding* (28 % i høj grad eller i meget høj grad anvendeligt, 2022) var svært for behandlerne at føle sig hjemme i. Behandlerne beskrev, at flere unge havde svært ved stilheden, hvilket gjorde, at tiden kunne føles både urolig og akavet. Det kan overvejes, om grounding bør guides i form af en specifik grounding-øvelse, eller om der skal spilles musik for på en eller anden måde at udfylde stilheden, samtidig med at energi og fokus samles.

4.3.4/ Gruppetemaer

I anden del af gruppesessionen var der desuden et tema for hver session. I det følgende belyses, hvor mange procent af behandlerne, der fandt de enkelte temaer i høj grad eller i meget høj grad anvendelige.

Figur 26: Oplevelse af, at temaerne i gruppesessionerne i høj grad eller i meget høj grad er anvendelige
(Behandlersurvey 2022, n=25)



Det lavest rangerende tema er *glæde og optimisme*, hvor 44 % dog stadig mente, at temaet i høj grad eller i meget høj grad var anvendeligt. Dette tema kunne for eksempel udfordre unge, hvis de ikke aktuelt oplevede glæde og optimisme, og dette kunne betyde, at de reagerede med modstand (Behandlersurvey 2022). Nogle temaer kan være svære for de unge at starte på, altså hvis de har første gruppegang, eksempelvis problemløsning, som blev fremhævet som problematisk som første tema i behandlersurveyene både i 2021 og 2022. Desuden var der også unge, der aflyste og endte med at springe temaer over, og som derfor fik de samme temaer to gange. Kronologien og den røde tråd kan derfor blive udfordret ved, at grupperne har løbende indtag, samt at alle unge ikke møder til alle gruppegange, men i praksis har både aflysninger og udeblivelser. En behandler kommenterede, at temaerne fungerede godt til at skabe en rød tråd i behandlingsforløbet.

I forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen i 2021 (Behandlersurvey 2021) blev der også udført kvalitative interviews med alle behandlerne op til modningen af metoden, hvor de satte lidt flere ord på deres oplevelser. I disse interviews blev det eksempelvis tydeligt, at der ikke var temaer, som alle syntes var rigtigt gode eller rigtigt dårlige. Oplevelsen var generelt, at temaerne kunne fungere godt som en rød tråd og som oplæg til gruppesnakke. Særligt i starten var det en

udfordring for behandlerne, at gennemgangen af temaerne kunne føles som undervisning. På den baggrund er det vigtigt at finde en naturlighed i temaerne, så behandlerne i højere grad slår et tema, som efterfølgende bæres frem af øvelser og gruppesnakke.

4.3.5/ Opfølgende behandling

Den opfølgende behandling blev tilbudt i forlængelse af gruppesessionerne, og her genoptog behandleren fra de indledende sessioner det individuelle og mere personlige fokus med den unge. Den opfølgende behandling var udfasende og bestod af en kombination af personligt fremmøde og telefoniske sessioner.

I forbindelse med modning af metoden var der også fokus på den opfølgende behandling, hvor alle behandlere blev inviteret til et gruppeinterview. 15 behandlere deltog fordelt på tre grupper (medio 2021). Det følgende baseres på disse gruppeinterviews.

Det opfølgende forløb blev indledt med en session med personligt fremmøde, hvorefter kontakten primært skulle overgå til at være telefonisk. De fleste behandlere oplevede dog, at det kunne være svært for de unge at overgå til telefonisk kontakt allerede ved anden session i opfølgende behandling, fordi de kun netop havde genoptaget kontakten efter gruppesessionerne. De oplevede at have brug for mere tid til at genetablere en solid terapeutisk alliance. Løsningen blev at ændre formatet til to sessioner med personligt fremmøde og større mulighed for fleksibilitet i kontakten i forhold til de enkelte unge. Denne og andre ændringer relateret til det opfølgende forløb blev skrevet ind i den reviderede manual.

I den første personlige session i det opfølgende forløb gennemgik og justerede nogle af behandlerne behandlingsplanen samt målene for det videre forløb og præsenterede strukturen for opfølgingsforløbet. En af behandlerne fortalte i den sammenhæng:

"Gennemgangen af behandlingsplanen til første personlige samtale fungerer rigtig godt. Rigtig mange flere mål kan vinges af, og det giver et selvillidsboost." (Kvalitative interviews med behandlere, juni 2021)

De fleste behandlere var enige om, at det gav mening at gøre dette. Desuden havde behandlerne god erfaring med at indlede forløbet med en gennemgang af, hvilke temaer den unge kunne have brug for at gennemgå, enten hvis den unge ikke havde fået dem gennemgået på grund af aflysninger, eller hvis de havde behov for at genbesøge visse temaer, som var særligt relevante for dem.

I forbindelse med modning af metoden blev det tydeligt, at der skulle sættes en ramme for den telefoniske kontakt for at gøre denne meningsfuld. Sessionerne blev mere meningsfulde, hvis behandlerne tydeliggjorde, at den unge forventedes at være alene, at både behandlere og de unge afsatte tid til samtalen på samme måde, som hvis det var personligt fremmøde, og at der så vidt muligt blev holdt fast i kendte strukturelle elementer som eksempelvis TEM. Det blev beskrevet af nogle behandlere, at ovenstående var lettere, når behandlerne anvendte online sessioner, hvilket yderligere gav mulighed for at dele relevant indhold på skærmen. I den forbindelse anbefalede en behandler at have en mappe klar til den enkelte session med relevant indhold.

Det blev beskrevet, at den udfasende kontakt i opfølgende behandling var nemmest at gennemføre med de unge, som var stoffrie, eller som var strukturerede, mens det var vanskeligere med de unge, der ikke havde opnået den store udvikling under behandlingsforløbet. Det vil sige, hvor målene ikke var nået, eller hvor der var tale om tilbagefald. Derfor blev det i den reviderede manual beskrevet, hvordan TEM kunne anvendes som en pejling til, hvorledes vægtning mellem personlig kontakt og telefonisk kontakt skulle være for bedst at møde den unges behov. Jo dårligere trivsel og udvikling, desto større behov for personlig kontakt.

Opfølgende behandling var et udfordrende element for mange. Dog var der også behandlere, som havde positive erfaringer med telefoniske eller online sessioner, og hvor oplevelsen var, at konceptet med en udfasende opfølgende behandling virkede godt.

4.3.6/ Opsamling

Generelt kan siges, at behandlerne har haft forskellige oplevelser af de forskellige elementer. Overordnet var der en overvejende positiv holdning til MGU, og hvorledes det passede ind, både i forhold til behandlerens egen faglige tilgang og behandlingsstedets rammer. Strukturen i behandlingsforløbene (individuelt i det indledende, derefter gruppebehandling og opfølgende behandling) og anvendelsen af UngMap samt særligt TEM blev ligeledes positivt oplevet af behandlerne. Nogle af øvelserne og temaerne blev også fremhævet som positive (Top 5-motiver, risikosituationer og forberedelse til gruppe), mens andre, såsom grounding, i mindre grad blev oplevet som anvendeligt. Behandlerne savnede desuden indimellem fleksibilitet i temaer og øvelser i forhold til enkelte unge, som kan være vanskelige at engagere i metoden, som den er beskrevet.

En leder sammenfatter det således:

"Til nogle [unge] har det været et fremragende tilbud, til andre knap så godt, og vi overvejer, hvordan vi skal bruge det videre" (Lederinterviews juni 2022)

I det følgende afsnit vil vi forholde os til de unge og deres oplevelse med metoden.

4.4/ De unges oplevelse af gruppebehandling

I dette afsnit vil vi beskrive, hvordan de unge har taget imod metoden. De unges oplevelse af behandlingen kan være med til at belyse, hvilke elementer de har oplevet som positive, og hvilke der har været mere problematiske. Derudover kan det også give et billede af, hvilke elementer de har oplevet værende til stede i behandlingsforløbet, og således graden af institutionernes implementering. Denne viden kan, ligesom afsnittet omkring behandlerens oplevelse ovenfor, bruges i fremtidige implementeringer af MGU til at belyse, hvilke forhold man som institution skal være opmærksom på. Alle unge, også de frafaldne, blev kontaktet tre, seks og ni måneder efter indskrivning i projektet. Der svarede de på spørgsmål omkring deres behandlingsforløb, for eksempel om gruppen var støttende, og om det var det rigtige behandlingstilbud for dem. Derudover blev de unge, der blev interviewet telefonisk i august/september 2022, tilbudt at svare på fem kvalitative spørgsmål med fokus på stemningen i gruppen og om det at indgå i en gruppe med andre unge. Det svarede syv ja til, tre kvinder og fire mænd. I det følgende gennemgås først analyserne på baggrund af det kvalitative materiale, dernæst det kvantitative.

4.4.1/ Genkendelighed i andres historie

Genkendelighed kan være noget, der binder en gruppe af unge sammen, og derfor valgte vi at spørge mere ind til dette i disse interviews. Blandt de interviewede var to unge, der begge havde følelsen af at være længere fremme end de andre unge, som de var i gruppe med, eksempelvis i forhold til arbejdet med stofbruget. Dette var med til at skabe tvivl om, hvorvidt gruppebehandling var det rigtige tilbud for dem. Gruppen kunne opleves som *for* bagudskuende i forhold til dem, hvor de var. I det følgende uddrag fortalte den ene om, hvordan det var at være i gruppen:

"Blandet tror jeg, jeg tror, det største ved det er, at jeg selv bliver opmærksom på, hvordan jeg har det med det. For jeg synes, det er vekslende, hvor meget folk deler, og hvor meget jeg kan genkende hos de andre og sikkert også den anden vej rundt. Jeg synes, det har været godt, men det er ikke, fordi det har været sådan en wow oplevelse og set ting på en helt ny måde, det har mere for mig personligt været rigtig godt bare at komme i kontakt med det [temaerne], med sig selv" (Interview med ung mand A)

Andre har haft god gavn af genkendeligheden og af at blive opmærksom på andres oplevelser. I det følgende uddrag fortalte en ung mand, at genkendeligheden eller spejlingen i de andres historier normaliserede hans egne erfaringer.

"Det var anderledes, og det hjalp – det gik virkelig tilbage i hovedet til minder og refererede tilbage til noget, der var sket for mig, og det hjalp for mig at vide, at der også var nogle andre, der havde været igennem det, og at det var helt normalt. For jeg har altid gået og tænkt, at det var meget unormalt og kunne aldrig fixes igen, og jeg ville aldrig være ligesom alle andre, og jeg bebrejdede tit mig selv [...] og der [i gruppen] fandt jeg ud af, at det var det ikke" (Interview med ung mand C)

Det var første gang, han oplevede, at der var andre, der havde det som ham. I det følgende fortalte han videre, hvordan det motiverede ham, fordi han fandt ud af, at de andre havde fået det meget bedre.

"Men man kunne godt sammenligne hver situation lidt, så når de forklarede, hvad der var sket for dem, og [jeg] sammenlignede med noget, der var sket for mig, så tænkte jeg: 'Hold da op kæft, det har de faktisk også været igennem, og de har det allerede meget bedre'. Der var nogen, de havde næsten været igennem hele forløbet, og så tænkte jeg bare: 'Hold da kæft, sådan vil jeg også have det'" (Interview med ung mand C)

Genkendeligheden kan altså motivere, fordi der kan sidde unge i gruppen, som bliver et bevis på, at det kan lade sig gøre og som samtidig kan fortælle, hvordan de har arbejdet sig frem. En ung kvinde havde for eksempel også været meget isoleret i sit forbrug og fik pludselig et sted at tale med andre om det. En anden ung kvinde fortalte, at det kunne være svært at tro på, at det kunne lade sig gøre at blive stoffri, og at det at være fælles om det gav mod til at turde at tro på det.

"Det var vildt spændende, det var ikke kun mig, der havde både de tanker, men også følelser, som stofferne havde givet en med. Og det var heller ikke sikkert, man havde haft de succesoplevelser, som man havde haft, og at det man kunne spejle sig i, at der var andre, der havde svært ved at tro på succes. Man turde godt at prøve, og det var vildt fedt at kunne spejle sig i de andre" (Interview med ung kvinde A)

Genkendeligheden kan virke motiverende og give mere mod til at turde at forandre stofbruget, og når genkendeligheden er der, kan det i sig selv være en stærk oplevelse for de unge, som kan være svær at skabe på anden vis. For nogle unge lykkedes det ikke, fordi de andre i gruppen blandt andet havde en markant anderledes baggrund, men for nogle blev gruppen et sted, hvor de var sammen med andre med lignende erfaringer og udfordringer, måske for første gang i deres liv.

4.4.2/ Hvordan oplevedes temaerne i gruppesessionerne?

De interviewede unge gav generelt udtryk for, at de syntes godt om temaerne og relevansen, men oplevelsen af, hvilken betydning det har haft for dem efterfølgende, har været meget forskellig. I det følgende møder vi en ung mand, hvor særligt kommunikation i forhold til hans forældre og nære kammerater har gjort en stor forskel.

"Jeg bruger meget de talemåder, jeg lærte, og jeg bruger meget nogen af de beroligende ting og så meget med at snakke om tidligere begivenheder, der er sket. Det bruger jeg også meget, når jeg taler med mine forældre. Før talte jeg meget angribende og aggressivt, hvor jeg har lært at snakke om det på en mere normal og rolig måde, så mine forældre forstår også meget bedre, når jeg snakker med dem om nogle følelser eller noget, der sker for mig" (Interview med ung mand C)

Han oplevede efter arbejdet i gruppen at kunne kommunikere mere roligt, tale om tingene og blive forstået af sine nære relationer. Flere fortalte, at arbejdet med temaerne havde givet dem en øget bevidsthed om, at deres tanker og følelser var legitime, eller eksempelvis en øget bevidsthed om, hvordan man egentlig behandlede sig selv.

"Vi havde tema, der hed rutine eller dagligdag, hvor vi ikke var særlig mange fremmødte, og der var jeg den eneste, der havde haft et misbrug med et opkvikkende stof, jeg var den eneste, der havde haft et fuldtidsarbejde, og jeg var den eneste, der var ligesom blevet voksen på den måde. Så satte vi vores hverdag op på tavlen, og så prøvede vi at se, hvornår gik vi i seng, hvor meget spiste vi og sådan noget, og der gik det op for mig, hvor meget jeg misbrugte min egen krop ved at lade den sulte og lade den mangle søvn, og hvor mentalt langt væk, jeg egentlig var" (Interview med ung kvinde A)

Hun fremhævede også temaet omkring relationer og motivation, hvor særligt den øgede bevidsthed omkring motivation direkte var med til at fastholde hende i behandlingsforløbet.

I det følgende fortalte en ung, der sprang fra gruppen, at særligt to temaer havde gjort indtryk på ham, og at han i det hele taget godt kunne lide arbejdet med temaer, fordi det gjorde, at samtalen ikke hele tiden var den samme.

"At være sin egen bedste ven. Trangbølger og det med at hjælpe en med at stoppe, og jeg synes, det er fedt, at de har sådan nogle temaer, fordi så er det ikke det samme hele tiden" (ung mand D)

For ham var det dog også en fordel ved de individuelle sessioner, at de i højere grad kunne tage udgangspunkt i det personlige og i det, han gerne ville tale om.

Temaerne kan for de unge give gruppesessionerne relevant indhold, og nogle temaer ramte virkelig plet i forhold til enkelte unge, hvor det kan blive en meget stærk oplevelse. Omvendt, hvis genkendeligheden ikke lige var der, eller indholdet i det enkelte tema ikke lige ramte plet, kunne det være sværere for den enkelte unge at komme i kontakt med gruppen og temaet. Det er derfor vigtigt at skele til, at de unge, der ikke finder sig helt til rette i gruppen, kan have bedre gavn af et individuelt tilbud.

4.4.3/ Et trygt, vildt rum

Det fremgik tydeligt af interviewene, at der blev åbnet for et potentielt vildt rum med mange følelser og reaktioner, som udover ens egen situation også skulle bearbejdes af de unge.

"Nogle gange er jeg gået derfra og virkelig haft det sådan puha. Sidste gang jeg var der, var der også en, der endte med at kaste sin telefon ned i bordet og endte med at råbe, at han synes, det var ligegyldigt at være der, fordi det handlede om vrede, og så blev han irriteret over det. Men det var ikke det værste, nogle gange har det bare været voldsomme historier, om ikke at have lyst til at leve, eller at folk har været ved at overdose. Og så synes jeg også, at der har været dage, hvor jeg har følt mig tættere på mig selv og følt mig beriget, og det var dejligt at komme tættere på mig selv. At der var en genkendelighed. Og jeg tror egentlig ikke, jeg synes, nogle af de følelser har været dårlige at gå derfra med. Overordnet er det fedt at have et rum, hvor man er i kontakt med det, og hvor man også kunne lande i eller bare give det tid til at mærke efter, hvordan jeg har haft det med det" (Interview med ung mand A)

Han fortalte, at det både kunne være voldsomt og følelsesmæssigt stressende at være i en gruppe, men at det også blev en påmindelse om alvoren i det, han var oppe imod i forhold til rusmiddelforbruget. Og på trods af de voldsomme oplevelser var det overordnet set en god oplevelse for ham at komme i kontakt med, hvordan han havde det, og have et rum til at mærke efter.

Deltagerne i gruppen indgik en aftale om, at gruppen skulle være et trygt og ærligt sted.

"[Vi] skriver under på, at det skal være et trygt sted, også fordi følelserne sidder uden på tøjet, og man kan bare være ærlig, men så var der nogen, der stoppede, og så ændrede gruppen sig, og jeg synes ikke, de [andre] havde nogen ansvarsfølelse, og så følte jeg mig et helt andet sted. Jeg var sådan, tag noget ansvar, og gør noget ved det. Og da jeg begyndte at se lidt skævt til de andre, så stoppede jeg, fordi det skulle være et trygt sted, og jeg [kunne mærke, at jeg] ikke kunne styre mit temperament. [Det var af] Hensyn til dem, for min plan var at fortsætte. Jeg havde et klart mål med de gavekort der, så det var røvnederen. Men det skulle være et trygt sted. Jeg havde følt mig så tryk dernede, og det ville jeg ikke tage fra de andre." (Interview med ung kvinde A)

Her bliver det tydeligt, at bagsiden ved åbne grupper er, at de cænder sig undervejs med konsekvens for gruppens sammensætning og gruppedynamik, og det kan betyde, at nogle falder fra, i uddraget ovenfor med henvisning til, at hun selv ikke længere skulle være i gruppen, fordi det også skulle være et trygt sted for de andre.

I det følgende citat bliver det tydeligt, at der også kan være en effekt i en god gruppedynamik i forhold til at gøre det til et trygt sted, hvor man trygt kan dele og vise følelser. Det er noget, der skal overvindes, og her spiller behandlere og de gruppedeltagere, der allerede er en del af gruppen, en stor rolle.

"[Det var] Lidt mærkeligt at være der til at starte med, men da jeg begyndte at få medfølelse og følelser ind, så kunne jeg godt snakke om det. Men det hjalp de også med, de andre, der sad i gruppen, og også de rådgivere, der var med. De hjalp med at sige, at det var okay. Og der var også nogen, der begyndte at græde, og så hjalp de også med det, og det var rigtig godt for mig at se". (Interview med ung mand C)

Ved at se de andre vise sårbarheder og ved selv at begynde at dele følelser og medfølelse skete der noget for ham. Gruppen blev et trygt sted, hvor det ikke længere var mærkeligt at dele og vise følelser, fordi de andre unge og behandlere gik forrest og viste, at det var helt okay, og samtidig også blev mødt med medfølelse. Når det lykkes at skabe sådan et rum, kan gruppen blive en øvebane, hvor de unge kan blive bekræftet i alle deres oplevelser og følelser, både negative og positive.

Det er imidlertid også sårbart, hvis rummet enten ikke opleves trygt, eller man ikke kan spejle sig i de andres problemer. En ung mand satte ord på dette:

"Jeg havde også nogle historier, men de havde flere, og det var hårdere stoffer, og jeg kunne godt føle mig sådan lidt, hvad laver jeg her? Men ellers var det ikke så slemt. Det var dejligt at få et indblik i, hvordan andre også har det." (Ung mand D)

For ham passede det individuelle bedre:

"Jeg kunne godt lidt det personlige, en til en, så kunne man have en lidt mere personlig samtale. Man kunne selvfølgelig være personlig [i gruppen], men der er selvfølgelig grænser, når der er så mange. [...] Det, jeg bedst kunne lide ved en til en, det var også, at jeg nogle gange selv fik lov til at vælge, hvad jeg ville snakke om. Det er svært i en gruppe, for så skal man også være enige, men når man sidder alene, så kan man selv vælge tempo også, og det synes jeg bare var dejligt." (Ung mand D)

Gruppesessioner kan være godt, men er ikke altid godt for alle unge. Udfordringen er, at det ikke altid vides på forhånd, hvem der opnår spejling, genkendelse, tryghed eller kontakt med sig selv, og hvem der ender med at falde fra, fordi gruppen ikke er løsningen for dem på dette tidspunkt. I det følgende afsnit undersøges erfaringerne med gruppeforløbet på en lidt større skala ved at inddrage alle de unge, der har besvaret opfølgningsinterviewene.

4.4.4/ Kvantitativ undersøgelse: Hvad mener de unge om gruppeforløbet?

Spørgsmålene, som dette afsnit tager udgangspunkt i, blev stillet tre, seks og ni måneder efter indskrivning i selve opfølgningsinterviewene af en medarbejder fra CRF. Her blev de unge spurgt ind til deres oplevelse med deres behandlingsforløb og det at indgå i en gruppe. Analyserne tager primært udgangspunkt i tre- og seks måneders

opfølgningen, fordi svarene omkring oplevelsen af behandlingsforløbene er mest retvisende jo tættere på selve oplevelsen, de stilles.

I nedenstående tabel er andelen i de enkelte svarkategorier anført for tremåneders- og seksmåneders-opfølgningen. Der er to væsentlige forhold og forskelle mellem de to undersøgelser, som er værd at have med, når tallene fortolkes. I tremåneders-opfølgningen deltog flere unge end i seksmåneders-opfølgningen, og den første opfølgning ligger i sagens natur tættere på den primære behandling end andet opfølgningsinterview. Dette kan betyde, at den første runde inkluderer flere forskellige unge – også dem, hvor det ikke er gået så godt, både i deres oplevelse af forløbet og i deres egen udvikling. Det er således et mere fyldestgørende billede, når der både fås kontakt til unge, som faldt hurtigt fra behandling, og til dem, som var utilfredse, men også dem, som gennemførte forløbene, og dem, som var tilfredse. At der var gået lidt tid siden behandlingsforløbet ved seksmåneders-opfølgningen, kan betyde, at de unge rent faktisk havde gennemført forløbet, mens de ved tremåneders-opfølgningen stadig kunne være i behandling, og derfor havde de andre forudsætninger for at evaluere hele forløbet efter seks måneder end ved tremåneders-opfølgningen.

Figur 27: De unges oplevelse af behandlingsforløbet

(Opfølgningsinterviews, 3-måneders og 6-måneders, se n under tabel)

	Slet ikke, i mindre grad		I høj grad, i meget høj grad	
	3 måneders opfølgning	6 måneders opfølgning	3 måneders opfølgning	6 måneders opfølgning
I hvor høj grad oplever du, at den behandling, du har fået, er det rigtige tilbud til dig?	16,7 %	15 %	47,4 %	42,5 %
Da du startede i behandlingsforløbet, var du da skeptisk i forhold til at skulle i gruppebehandling?	30,7 %	42,5 %	31,6 %	31,3 %
I hvor høj grad oplevede du, at gruppen var støttende?	10,9 %	6,5 %	63,6 %	65,2 %
I hvor høj grad oplevede du, at der var konflikt i gruppen?	83,6 %	95,7 %	1,8 %	0 %
I hvor høj grad er du i dag i kontakt med andre gruppedeltagere udenfor gruppesessionerne?	72,7 %	82,6 %	7,3 %	4,4 %

For de to første rækker er n=114 for tremåneders-opfølgningen, og n=80 for seksmåneders-opfølgningen. For de tre nederste rækker er n=55 for tremåneders-opfølgningen og 46 for seksmåneders-opfølgningen. De sidste tre spørgsmål er kun stillet til de unge, der har deltaget i minimum en gruppesession, mens de to øverste spørgsmål også er stillet til de unge, der faldt fra før de nåede til gruppesessionerne.

Overordnet kan det konkluderes ud fra ovenstående besvarelser, at kun en mindre del af de unge har oplevelsen af ikke at have modtaget den rigtige type behandlingstilbud (16,7 % / 15 %), både blandt dem, der fik gruppesessioner, og dem, der ikke fik gruppesessioner. Langt størstedelen af de unge (63,6 % / 65,2 %) oplevede desuden, at gruppen i høj eller meget høj grad var støttende. Når der spørges generelt, var der ret få, der havde oplevet konflikter i gruppen (83,6 % / 95,7 % angav "slet ikke/i mindre grad").

De unge var jævnt fordelt i forhold til, hvor skeptiske de var i starten af forløbet med hensyn til at skulle i gruppebehandling. Således var en tredjedel slet ikke skeptiske (øges til 42,5 % i seksmåneders-opfølgningen), en tredjedel midt mellem og en tredjedel meget skeptiske. Desuden ses det, at de fleste unges kontakt til andre unge fra gruppen primært var i selve gruppesessionerne (72,7 % / 82,6% svarer "slet ikke/i mindre grad" til at have kontakt udenfor gruppen).

Den følgende tabel viser, hvad de unge fik ud af behandlingen.

Figur 28: I løbet af mit behandlingsforløb har jeg ...
(Opfølgningsinterviews, 3-måneders og 6-måneders)

	Slet ikke, i mindre grad		I høj grad, i meget høj grad	
	3 måneders opfølgning (n=114)	6 måneders opfølgning (n=80)	3 måneders opfølgning (n=114)	6 måneders opfølgning (n=80)
... lært noget nyt om mig selv?	36,8 %	27,5 %	20,2 %	30 %
... haft nemt ved at finde motivationen til at stoppe med at bruge rusmidler?	36 %	30 %	30,7 %	37,5 %
... fået talt om det, som betød mest for mig at tale om?	13,2 %	21,3 %	44,7 %	42,5 %
... været glad for at deltage i gruppebehandling?	18,2 %	13 %	42,9 %	52,2 %
... været glad for at være sammen med andre i gruppen med de samme problemer som mig?	22,1 %	17,4 %	46,8 %	56,5 %

Overordnet set sker der en positiv udvikling i de unges svar fra tremåneders-opfølgningen til seksmåneders-opfølgningen med færre, som "slet ikke" eller i "mindre grad" synes, at de enten har lært nyt om sig selv, har nemt ved motivationen, har været glade for gruppebehandling og for at være sammen med andre i gruppen. Og andelen stiger, som "i høj" eller "meget høj grad" har oplevet disse aspekter. Den eneste undtagelse er "at få talt om det, som betød mest for mig at tale om", hvor flere ikke synes, det har været tilfældet.

Kun én ung svarede ja til at have fået online opfølgende behandling, mens 23 svarede ja til at have fået opfølgende telefoniske sessioner på tværs af seksmåneders- (=16) og ni måneders-opfølgningen (=7). I denne analyse tages udgangspunkt i seks- og ni måneders opfølgningen, fordi de unge ved tre måneders opfølgningen endnu ikke er nået til den opfølgende behandling, mens de unge ved ni måneders opfølgningen stadig kan være i opfølgende behandling. I den følgende tabel ses, at 30,4 % oplevede i høj grad eller meget høj grad at have fået noget ud af sessionerne, mens 43,5 % svarede i nogen grad.

Figur 29: I hvor høj grad fik du noget ud af telefonsessionerne?
(Opfølgningsinterviews, 6-måneders og 9-måneders)

	6- og 9-måneders opfølgning (n=23)
Slet ikke/i mindre grad	26 %
I nogen grad	44 %
I høj/meget høj grad	30 %

Med et n på 23 svarer det til, at 18,7 % af de adspurgte unge i seks- og nimbåneders-opfølgningen har fået minimum én opfølgende session. Dette tal skal ikke forveksles med, hvor mange der samlet har modtaget opfølgende behandling af de unge, der har haft mulighed for dette. Det vender vi tilbage til i resultat-evalueringen. Der er samtidig tale om små tal, som ikke illustrerer, hvorledes elementet er implementeret. Det viser blot, at der er unge, der oplever den telefoniske kontakt som meningsfuld, men der er også mange, der kun i nogen eller mindre grad har fået noget ud af de telefoniske sessioner. Dette kan dels indikerer, at det er et vigtigt opmærksomhedspunkt for behandlerne, idet opfølgende behandling er et vigtigt element i metoden i forhold til at fastholde forandringerne. Men det kan også indikere, at en del af de unge er langt i deres behandlingsforløb og ikke i samme grad har behov for kontakt.

4.4.4.1/ Gavekort

Som en tilbagemelding på gavekort blev de unge også spurgt ind til, hvordan det var at få gavekort for at møde i behandling. Bemærk, at de unge kunne sætte flere krydser. Kun en mindre del, 18,5 % ved tremåneders- og 9 % ved seksmåneders-opfølgningen, mente, at gavekort var helt unødvendigt. De oplever ikke, at det var derfor, de mødte i behandling. Over halvdelen angav, at de var kommet alligevel (tre-måneders: 60,5 % og seks-måneders: 56,4 %), mens henholdsvis 18,5 % og 19,8 % oplevede det som en motivationsfaktor for fremmøde ved tremåneders-opfølgningen, mens dette tal var steget til 26,9 % og 30 % ved seksmåneders-opfølgningen. Omtrent halvdelen anså det for at være en fin anerkendelse. Derudover anførte lidt mere end en femtedel også, at det havde været et "fint tilskud til min økonomi" (21 % / 26,9 %). Overordnet kan det siges, at gavekortet ikke fylder så meget for de unge. Det var en fin anerkendelse, men ikke et element, som var afgørende for, at de mødte op til behandlingen.

Figur 30: Hvordan oplevede du at få gavekort for at møde i behandling?

	3-måneders opfølgning (n=78)	6-måneders opfølgning (n=81)
Helt unødvendigt	19 %	9 %
Jeg var kommet alligevel	61 %	56 %
Det var en fin anerkendelse	52 %	50 %
Det motiverede mig til at komme til de individuelle sessioner	20 %	31 %
Det motiverede mig til at komme i gruppen	19 %	27 %
Det har været et fint tilskud til min økonomi	21 %	27 %

4.4.5/ Opsamling på de unges oplevelse med gruppebehandling

Implementeringen af MGU har set fra de unges perspektiv betydet, at de har modtaget et behandlingstilbud, hvor de oplevede at være en del af en gruppe i behandling, hvor særligt det at tale med andre unge med lignende udfordringer var en fordel. Nogle var endda meget positive. Men det blev også tydeligt, at gruppebehandling ikke var et godt tilbud til alle unge, da det også kunne opleves begrænsende for deres eget arbejde med sig selv. Oplevelsen af gruppebehandling afhænger af en masse faktorer, som både handler om en selv, motivation og udvikling, men også om den gruppesammensætning og dynamik, man møder, når man starter i gruppe, og som kan ændre sig undervejs. Det er derfor også vigtigt at have øje for de ændrede dynamikker undervejs i forløbene og for, om det pågældende gruppeforløb vedbliver med at være et godt tilbud for den enkelte.

Når gruppen er tryk og velfungerende, har den potentiale for at blive en tryk øvebane, hvor der sker noget med de unges bevidsthed og evner i forhold til kommunikation, tanker og følelser, ikke mindst fordi de får andres erfaringer og umiddelbare respons. De får et rum til at tale om følelser og blive bekræftet som unge mennesker, der har oplevet og overvundet nogle svære oplevelser. Nogle møder for første gang andre med lignende problemer og ser, at der er en vej videre.

I implementeringen af MGU har de unge især oplevet, at de i løbet af deres behandlingsforløb har været glade for at deltage i gruppebehandling og at være sammen med andre med tilsvarende problemer. Der er imidlertid en tredjedel af de unge, som i starten af deres behandlingsforløb var skeptiske over at skulle i gruppebehandling. Det er derfor vigtigt, at der har været den forberedende del i overgangen fra individuelle sessioner til gruppesessioner.

4.5/ Betingelser for implementering

I det følgende skal de forskellige betingelser for implementeringen analyseres nærmere, da der er en række forhold, som kan påvirke graden af implementeringen, og som både kan være fremmende men også begrænsende for implementeringsprocessen. Det kan både være interne betingelser (en mindre kommune med et mindre indtag), men også eksterne såsom covid-19. Der er inddraget lederinterviews, behandlersurveys og fokusgruppeinterviews med behandlere for at kunne belyse dette aspekt.

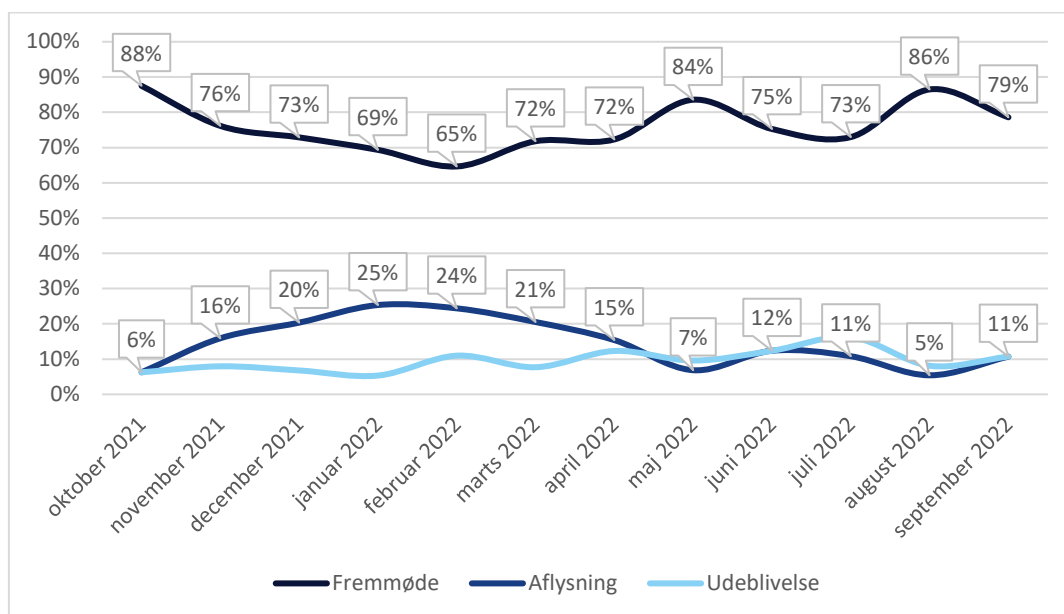
4.5.1/ Covid-19

En meget betydningsfuld betingelse for implementering har været covid-19-pandemien, hvilket har udfordret det meste af projektperioden. Det er udfordrende at etablere en gruppe i en pandemi med lokale kommunale restriktioner for at mødes og vedholde et stabilt indtag (eksempelvis afstandskrav, må vi mødes?/bør vi mødes?).

"Vi ser ingen gevinster endnu, fordi det har været tungt at starte i gang og pga. Corona. Der er ikke så god energi i ungegruppen." (Leder, juni 2022)

Covid-19 betingede eksempelvis, at behandlere ikke havde så store erfaringer med metoden som planlagt, da projektet nåede til selve modningen af manualen. I den følgende figur ses det også, at behandlere registrerede flere aflysninger, da pandemien toppede i vinteren 2021-2022.

Figur 31: Fremmøde pr. måned belyst ved hjælp af fremmøde, aflysning, udeblivelse (procent)



Nogle kommuner forsøgte, som alternativ til nedlukning, at tilbyde gruppebehandling online og gjorde sig gode erfaringer med dette. Enkelte fandt også et godt format for at tilbyde online behandlingssessioner, når de rette forholdsregler var taget, eksempelvis at den unge var hjemme, og der ikke var andre til stede i lokalet. Særligt i forhold til den udfasende opfølgende behandling var online møder for nogle behandlere en bedre oplevelse end telefonisk, fordi de kunne dele skærmen med øvelser og andet.

Til spørgsmålet, om Corona har påvirket implementeringen af MGU (fx nedlukninger, risiko for smitte, sygdom, behandling online), svarer behandlerne (n=25):

Figur 32: I hvor høj grad har Corona påvirket implementeringen af MGU? (Behandlersurvey 2022, n=25)	
	Procent
Slet ikke/i mindre grad	20
Nogen grad	32
Høj/meget høj grad	48

48 % svarer, at implementeringen i høj grad eller i meget høj grad har været påvirket af Corona. I lederinterviewene fyldte covid-19 som betingelse meget og gjorde, at der generelt var meget få organisatoriske betingelser, der fyldte, eksempelvis:

"Når jeg tænker tilbage, da Corona blev ved med at buldre og ingen udsigter til at komme i gang, så dalede lysten til at komme i gang, fordi der også fortsat var en bekymring for at samles. Opbakningen var heller ikke så stor." (Leder, juni 2022)

Selv i tiden efter nedlukningerne og frem til de sidste lederinterviews, spøjte pandemien.

"Der er et post Corona-spøgelse, som stadig skaber nogle dænninger. Vi oplever faldende rekrutteringsgrundlag både i stof og alkohol." (Leder, juni 2022)

Flere af kommunerne berettede om lavere tilgang til behandling. I det følgende fremgår, hvad en anden leder fortalte:

"[Jeg] Kan ikke gennemskue, hvilken indvirkning det har nu, men tror, at der er færre unge i behandling. Men der er også masser af arbejde at få lige nu, så de (de unge) er også trukket ud i erhverv på en anden måde, end jeg synes, de har været tidligere." (Leder, juni 2022)

Vi spurgte også de unge i opfølgingsinterviewene, og for dem, der havde været i behandling, tyder det ikke på, at Corona havde den store betydning. Henholdsvis 87,3 og 95,7 % svarede, at det enten slet ikke eller i mindre grad havde besværliggjort deres gruppeforløb. Bemærk, at dette gælder for dem, der har været i behandling, hvor det at søge behandling, som der blev omtalt i det ovenstående, kan være en anden sag.

Figur 33: Coronas betydning for behandlingsforløb
(Behandlersurvey 2022, n=25)

Hvilket interview? /tid efter indskrivning	Slet ikke/i mindre grad		I høj grad, i meget høj grad	
	3-måneders opfølgning	6-måneders opfølgning	3-måneders opfølgning	6-måneders opfølgning
Har Corona besværliggjort dit gruppeforløb?	87,3 %	95,7 %	3,6 %	2,2 %

I det følgende vil vi dykke ned i nogle af de interne organisatoriske betingelser, der lod til at påvirke implementeringen af metoden i projektperioden.

Netop fordi covid-19 var så toneangivende, fyldte andre organisatoriske betingelser ikke så meget i dette projekt. Der var udskiftning blandt behandlere og også organisatoriske forandringer, men det blev ikke tillagt så stor vægt i sidste ende. I forhold til netop udskiftning af behandlere blev metoden beskrevet af lederne som relativt nem at implementere og oplære nye medarbejdere i, netop fordi metoden var konkret, velbeskrevet og struktureret. En væsentlig udfordrende størrelse gennem hele projektet var dog motivation, som derfor vil blive udfoldet og uddybet i det følgende.

4.5.2/ Motivation

Som i alle forandringsprocesser svingede motivationen blandt behandlerne også i dette projekt. Det kan delvis forklares med covid-19, som unægtelig havde en betydning, men der var også andre mere interne forhold, som det kan være relevant at udfolde her. I lederinterviewene blev den svingende motivation især forklaret med rekrutteringsvanskeligheder og overgangen fra individuel til gruppebehandling, hvilket vil blive uddybet i det følgende. Her tages udgangspunkt i de kvalitative interviews med lederne, der blev lavet i juni 2022 og altså i projektets afslutningsfase, kombineret med de kvalitative interviews, der blev lavet med ledere og behandlere i juni 2021, altså midtvejs i projektet.

Først fokuseres på rekrutteringsudfordringer, som hænger sammen med målgruppen for denne behandlingsmetode. Afsnittet forholder sig til og indledes derfor med målgruppe.

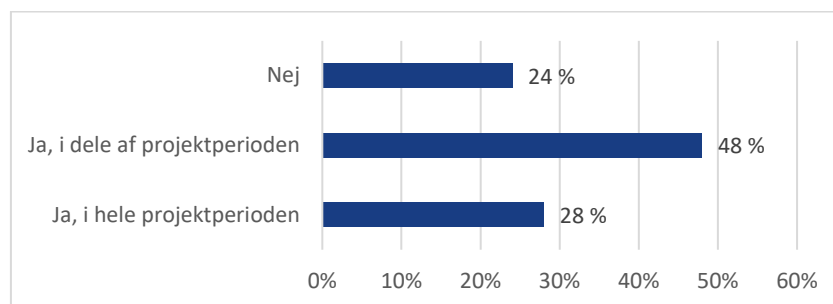
4.5.2.1/ Rekrutteringsudfordringer

Målgruppen var unge mellem 15 og 25 år, og en ud af de seks kommuner deltog kun med unge over 18 år. De unge kunne være indskrevne med henblik på stoffer eller alkohol, og gruppen kunne bestå både af unge, der var stoffrie, og unge med et aktivt forbrug. Nogle behandlere oplevede, at det kunne være sværere at arbejde med de helt unge i gruppen, og nogle var også bekymrede for at have både stofbrugende og afholdende unge i samme gruppe (Kvalitative interviews 2021, Behandlersurvey 2022). Til sidst i projektperioden havde nogle ledere dog overvejelser om at hæve den øvre grænse, for eksempel til 30 år.

Det viste sig hurtigt, at rekruttering til grupperne for nogle kommuner var en stor udfordring. I nedenstående figur vises behandlernes svar i forhold til dette.

Figur 34: Har rekruttering til grupperne været en udfordring hos jer?

(Behandlersurvey juni 2022, n=25)



Svarene viser, at behandlerne i varierende grad har oplevet udfordringer med at rekruttere til gruppebehandlingen. Således er det kun seks behandlere (24 %), som ikke har oplevet problemer med rekrutteringen, mens alle har oplevet, at der har været varierende indtag til gruppen (Behandlersurvey juni 2022). Det kan derfor være svært at have et stabilt gruppertilbud, særligt i de mindre kommuner.

En måde at løse rekrutteringsudfordringerne på var at supplere gruppen med unge, som ikke var projektdeltagere. To kommuner tilbød eksempelvis gruppebehandling til alle unge uden at selektere, og de oplevede, at selve

gruppebehandlingen fungerede godt. Det var således muligt at tilbyde gruppeforløb bredt, både i forhold til aldersgruppe og inklusionskriterier, med sigte på at have et vedvarende gruppetilbud.

I behandlersurveys (2021 og 2022) samt metodeseminarer blev det tydeligt, at rekrutteringsudfordringer og behandlernes motivation svingede meget i hele projektperioden. Når behandlerne oplevede en god gruppedynamik, gav det en stærkere oplevelse af, at gruppebehandlingen var god. Omvendt kunne behandlerne også stå med en oplevelse af at være gået i stå, og at metoden ikke var god, når der var vanskeligheder med at få unge nok i gruppen.

En leder fortalte i sidste lederinterview, at motivationen hos dem havde været meget svingende og indimellem meget lav:

"Motivationen har udelukkende været afhængig af rekruttering. Vi har fået så få erfaringer at bygge det på, hvor det har handlet rigtig meget om rekruttering og det der med at få lov at have et stabilt grundlag til at kunne arbejde og til at kunne kigge på metoden." (Leder, juni 2022)

Selv for de kommuner, som havde mindst rekrutteringsbesvær, svingede antallet af unge, og det kunne være en udfordring at sikre stabilt indtag.

"Den største udfordring for os har været logistikken omkring at få det styret, så der hele tiden er de rette antal unge i gruppen ad gangen, så vi ikke har en gruppe, hvor der lige pludselig kun er fire eller kommer op på 15." (Leder, juni 2022)

En leder foreslår, at indtaget ikke begrænses kun til målgruppen, men i stedet sigter efter at fylde gruppen op med en bredere målgruppeprofil. I slutningen af projektperioden nævnte nogle ledere, at de var nødt til at lempe på kravet til de fem indledende sessioner, som de unge skal have inden gruppeforløbet, for bedre at kunne fylde en gruppe op. De fem individuelle sessioner kom til at påvirke flowet, og det kunne være svært at forudsige, hvor mange unge der ville ende med at være i gruppen.

Erfaringen i projektet var, at behandlernes faglige holdning ændrede sig, når de fik erfaringer med grupper på 6-7 unge, hvor de begyndte at opleve mere energi i gruppen, samt at energien kunne bruges til noget. Der hvor grupperne var små, var det svært at afprøve og få tiltro til metoden. Det er derfor ganske betydningsfuldt at skabe gode betingelser for vedvarende rekruttering.

Rekruttering bør have et stort og vedvarende fokus, hvis der ønskes et stabilt gruppetilbud (særligt i de mindre kommuner). Behandlernes motivation hænger tæt sammen med, om gruppetilbuddet kører stabilt.

4.5.2.2/ Overgang fra individuel behandling til gruppebehandling

De fleste behandlere i projektet oplevede gruppebehandling som positivt med henvisning til, at det gav mening for de unge i forhold til ensomhed, og at de fik andre at spejle sig i. Det blev dog også tydeligt i dette projekt, at ikke alle trivedes i rollen som gruppeledere, og at det krævede andre kompetencer at være en god gruppebehandler sammenlignet med en god individuel behandler.

Fire af kommunerne havde allerede arbejdet med MOVE som individuel behandling, men på trods af det store kendskab til mange af kerneelementerne oplevedes skiftet fra MOVE til MGU stort.

"Jeg tror, at jeg havde forestillet mig, at MOVE gruppe lå tættere op ad MOVE individuel. De er meget forskellige." (Leder, lederinterviews 2022)

"... for os opstod der modstand, fordi de hele tiden målte det op imod MOVE individuel, og fordi der var store forskelle, så de stejlede på, hvor anderledes det var. Det kunne man med fordel gøre noget ud af at tale om: det er ikke muligt bare at overføre MOVE til gruppe." (Leder, lederinterviews 2022)

For eksempel krævede det, at man som behandler ikke havde den samme tætte opfølgning med den enkelte unge, eksempelvis i forhold til arbejdet med mål, men også i forhold til alt det, den unge ikke ønskede at fortælle i en gruppe. Det var udfordrende, at metoderne var så forskellige og stillede nogle andre krav til behandlerne, og metoden kom derfor til at føles som en stor indgriben i deres praksis.

Det skabte vanskeligheder undervejs, og det er derfor vigtigt at tydeliggøre, at MGU er en markant anden metode, som stiller andre metodiske krav til behandlerne, både set i forhold til MOVE, men også individuel behandling generelt.

Desuden krævede MGU et andet samarbejde mellem de medarbejdere, der skulle facilitere gruppen sammen, og de kom uægteligt til at arbejde tættere sammen, fordi de skulle dele behandlingsrum. Når det lykkedes godt, kunne det skabe et rigtig godt sammenhold i behandlergruppen omkring en gruppe. Og erfaringen i projektet var også, at det kan være en aflastning at være flere om de samme unge. Men dette er ikke givet og kræver en særlig opmærksomhed.

De fleste kommuner havde rotation i gruppeledere, hvor erfaringen var, at det var vigtigt at skele til kontinuitet, både for de unge i gruppen, men også for samspillet de to gruppeledere imellem og deres relation til de unge i gruppen. En kommune startede eksempelvis ud med skift efter tre gruppegange, for at alle fik berøring og erfaring med gruppen, men dette viste sig at være for lidt, og derfor ændrede de dette til ni gange.

4.5.3/ Organisation og ledelsesmæssig opbakning

En leder fortalte, at det var afgørende for dem, at de havde truffet en beslutning om, at MGU var vejen frem for dem.

"Vi traf beslutningen om, at det er den her vej, vi går. Der blev ikke rejst tvivl om, at der var fire andre veje at gå, så udgangspunktet var MOVE gruppebehandling. Vi var nok lidt blåøjede, og hvis vi siger ja til det her, så vil vi gerne gå hele vejen og få kendskab til en ny metode" (Leder, lederinterviews 2022)

Det har en stor betydning for implementering at have en leder, der går forrest og hjælper med alle de praktiske forviklinger samt kan hjælpe med at afklare metodiske spørgsmål, der kunne opstå. Her kan det have stor værdi, at lederen deltager i undervisningen. En leder i projektet oplevede, at behandlerne kom tilbage fra undervisning med hver sin fortolkning af manualen og ville derfor ønske, at vedkommende selv havde deltaget i undervisningen. Der var en leder, som deltog i undervisningen, men der var efterfølgende en udbredt oplevelse blandt lederne, at det havde været givtigt også at have

deltaget. Det havde givet bedre forudsætninger for at indgå i faglige diskussioner og være med til at afklare tvivlsspørgsmål. Når en leder påtager sig denne rolle, vil behandlerne bedre kunne fokusere på at dygtiggøre sig i selve metoden. Erfaringen i projektet er desuden, at en tovholder blandt behandlerne kan fungere som et godt bindeled mellem behandlergruppen og ledelsen samt de øvrige involverede parter – i dette projekt Type2Dialog og CRF.

I svarene fra behandlerne ses det, at der var en stor oplevelse af ledelsesmæssig opbakning i projektet.

Figur 35: I hvilken grad har du oplevet ledelsesmæssig opbakning til implementering af metoden?
(Behandlersurvey juni 2022, n=25)

	Procent
Slet ikke/i mindre grad	4
Nogen grad	16
Høj/meget høj grad	80

Erfaringen er, at det er vigtigt i behandlergruppen at etablere nogle systemer til at skabe overblik over gruppedeltagerne og eksempelvis gavekort og mål, netop fordi det er åbne grupper. En løsning i projektet har desuden været at lave ugentlige møder (Lederinterviews 2022).

Der er ikke data, der direkte understøtter dette, fordi de nævnte betingelser (motivation, rekruttering, covid-19 samt overgangen fra individuel behandling til gruppebehandling) kom til at overskygge andre forhold, som også spiller ind på en implementeringsproces som denne. Der er eksempler på kommuner i projektet, der har oplevet lederskift, kommuner der har oplevet større organisatoriske forandringer og der har været udskiftning og sygdom i behandlergrupper. Af erfaring ved vi, at det er faktorer, som påvirker implementering og motivation i forhold til at anvende en ny metode (Skov et al. 2020).

4.5.4/ Opsamling

Der har været mange frustrationer relateret til covid-19 og rekruttering, som også har medført, at behandlerne ikke har haft mulighed for at afprøve metoden i helt samme grad, som det var hensigten.

Erfaringen var, at behandlernes motivation steg, når grupperne fik en vis størrelse (seks til syv deltagere), hvilket også gjorde gruppen mindre sårbar i forhold til aflysninger og udeblivelser. Der skal altså en vis volumen til, før gruppedynamikken bliver god at arbejde med.

I eventuelle fremtidige implementeringsprojekter af denne metode kan det være en fordel at have et stort fokus på rollen som gruppeledere og den forskel, der er på at være en god individuel behandler og en god gruppeleder, samt hvordan teamet omkring gruppebehandling arbejder sammen.

5.0 Resultatevaluering

I dette kapitel analyseres de unges forbrug af stoffer og alkohol samt deres trivsel, og hvorledes det udvikler sig igennem og efter behandlingsforløbet. Kapitlet er overvejende baseret på kvantitative data indhentet ved hjælp af følgende kilder:

- UngMap (ressourcer og belastninger hos de unge, herunder forbrug af rusmidler, trivsel, svære psykiske og adfærdsmæssige udfordringer/psykiatriske diagnoser med mere)
- TEM (forbrug af rusmidler og trivsel fra session for session)
- Logbogen (herunder bl.a. løbende registrering af deltagere, gennemført/aflyst/udeblevet, individuel- eller gruppe session)
- Opfølgende interviews (tre, seks og ni måneder efter indskrivning)

Kvantitative data, der står alene, siger ikke meget om, hvorvidt noget er godt eller skidt, effektivt eller ineffektivt. For at nærme sig sådanne vurderinger er det nødvendigt at perspektivere resultaterne ved at sammenligne med andre undersøgelser. Til dette har vi valgt at sammenligne unge i MGU med to andre kohorter (grupper), som benævnes henholdsvis KONTROL og MOVE.

KONTROL består af 246 unge fra de samme seks kommuner, som deltager i MGU-projektet. Denne gruppe er blevet indskrevet i stofbehandling, før indtaget til MGU startede den første oktober 2021 (ingen gengangere). Hvilken behandling de har modtaget, fremgår ikke af data. Vi ved dog, at fire af seks kommuner har implementeret MOVE forud for dette projekt. Nogle af disse unge kan have indgået i gruppebehandlingsforløb.

MOVE består af den oprindelige kohorte fra 2014, hvor MOVE-metoden blev udviklet. Denne gruppe modtog kun individuelle sessioner.

De tre kohorter, der inddrages i resultatevalueringen, er dermed følgende:

MGU	155 unge mellem 15 og 25 år fra seks kommuner (kohorten, der undersøges).
KONTROL	246 unge mellem 15 og 25 år fra samme seks kommuner som MGU, men ikke med i MGU-projektet (ind 2020-21).
MOVE	121 unge mellem 15 og 25 år fra ni kommuner (ind 2014-18).

De tre kohorter inddrages løbende i indeværende kapitel. I nogle sammenhænge kan de ikke inddrages alle tre, fordi det ikke muliggøres af dataindsamlingen. Generelt vil resultaterne dog altid kunne sammenlignes med mindst én anden kohorte.

Kapitlet er delt op i tre afsnit:

1. *Hvem er de unge fra de tre kohorter?*

I dette afsnit undersøges, på hvilke områder de unge fra de tre kohorter adskiller sig fra hinanden.

2. *Hvordan udvikler de unge sig i løbet af behandlingsforløbet (målt med TEM)?*

Trivsels- og Effekt-Monitorerings-redskabet TEM anvendes i dette afsnit til bl.a. at undersøge antal/hyppighed af sessioner og udviklingen i forbruget af illegale stoffer, alkohol og trivsel gennem behandlingsforløbet.

3. Behandlingsresultater målt tre, seks og ni måneder efter indskrivning.

I dette afsnit undersøges forbruget af illegale stoffer, alkohol og trivsel tre, seks og ni måneder efter indskrivning. I modsætning til resultater målt med TEM, hvor det er behandlerne, der spørger de unge, er det nu ansatte på CRF, der foretager interviewene.

Afsnittene danner afsæt for at undersøge, hvordan det over tid går med de unge, der har modtaget behandling i MGU, og sammenligne deres behandlingsresultater med de to kontrolgrupper. Således får vi også sat behandlingsresultaterne fra dette projekt i perspektiv med andre behandlingsresultater, hvor der er brugt samme dataindsamlingsredskaber og analysemetoder.

5.1/ Hvem er de unge fra de tre kohorter?

For at kunne sammenligne og analysere de tre kohorter må vi først kende deres forskelle og ligheder. Disse opstilles i den følgende figur, med forklaring efterfølgende.

Figur 36: MGU sammenlignet med andre kohorter ved indskrivning

		MGU n=155	KONTROL n=246	MOVE n=121
1	Mænd	61,9 %	72,0 %	75,2 %
	Kvinder	38,1 %	28,0 %	24,8 %
2	15-17 år	6 %	9 %	11 %
	18-21 år	47 %	43 %	50 %
	22-25 år	47 %	48 %	39 %
	Gennemsnitsalder	21,1 år	21,1 år	20,6 år
3	I uddannelse	44,5 %	43,5 %	51,2 %
	SU	18,7 %	15,9 %	30,6 %
	Løn fuldtid	14,8 %	14,2 %	5,8 %
	Kontant/Uddan. hjælp	36,0 %	37,0 %	36,4 %
4	Cannabis dgl.	27,7 %	28,9 %	36,4 %
	¹ Centralstimulanser	42,0 %	33,1 %	30,7 %
	² Andre stoffer end cannabis	48,3 %	41,8 %	36,4 %
5	Alkohol, afholdende	14,8 %	30,5 %	28,9 %
6	Mistrivsel (score)	5,4	5,0	3,4
	Psykiatrisk diagnose	45,2 %	41,5 %	40,5 %
	Profil LAV	16,1 %	18,3 %	28,9 %
	Profil SIP	41,3 %	36,3 %	21,5 %
	Profil SEP	23,2 %	23,7 %	33,9 %
	Profil SEIP	19,4 %	21,8 %	15,7 %

¹ Kokain, amfetamin, ecstasy

² Centralstimulerende stoffer, sedativer, opioider og andre.

1. *Køn*: Der er betydeligt flere unge kvinder med i MGU end i de to kohorter. Målt med TEM har kvinder betydeligt vanskeligere ved at blive stoffri end mænd. Dette ses i den nationale TEM-opgørelse (Pedersen et al. 2022) og i MOVE- og KONTROL-kohorterne. Den større andel af kvinder i MGU kan derfor have betydning for andelen af unge, der opnår stoffrihed.

2. *Alder*: Der er færre 15-17-årige med i MGU end i KONTROL og ikke mindst i MOVE. Gennemsnitsalderen var derfor også lavere i MOVE. Generelt ser vi, at borgere over 25 år oftere bliver stoffri end unge mellem 15 og 25 år (Pedersen et al. 2022). Der findes dog ikke nogen klare tendenser i forhold til, at de helt unge (15-20 år) klarer sig bedre eller dårligere end de lidt ældre unge.

3. *Socialt*: I MOVE var flere under uddannelse, og langt flere modtog SU end i MGU og KONTROL. Der findes ikke nogen tydelige tendenser i forhold til, at unge under uddannelse ved indskrivning klarer sig bedre eller dårligere end andre unge. Det samme er tilfældet ved unge, der har lønnet arbejde (Pedersen et al. 2017, s. 70).

4. *Stoffer*: Flere fra MOVE brugte cannabis dagligt ved indskrivning, end det var tilfældet for MGU og KONTROL. Til gengæld var forbruget af centralstimulerende stoffer (kokain, amfetaminer og ecstasy) og andre stoffer generelt (herunder centralstimulanser) betydeligt større hos de unge i MGU end i de to andre grupper. F.eks. var det 37,4 % af de unge fra MGU, som havde brugt kokain i måneden op til UngMap-interviewet, mens det var 19,8 % af de unge fra MOVE.

Hvor belastet de unge er af deres stofforbrug ved indskrivningen, målt med UngMap, er ubetinget den variabel, der bedst forudsiger stoffrihed ved sidste samtale (Pedersen et al. 2022). Her kan MGU direkte sammenlignes med KONTROL, mens det af datamæssige årsager ikke er muligt på samme måde at sammenligne MGU med MOVE. Derudover skal det senere vises, at de centralstimulerende stoffer i særlig grad kan knyttes til et stort forbrug af alkohol.

5. *Alkohol*: Der var betydeligt færre fra MGU, der havde været afholdende fra alkohol i måneden op til indskrivning, end det var tilfældet for MOVE og KONTROL. I såvel MGU som MOVE forudsiger afholdenhed fra alkohol den seneste måned inden indskrivning senere stoffrihed ved session 10, målt med TEM. I KONTROL er sammenhængen dog mere uklar.

6. *Mistrivsel*: Mistrivsel udregnes ved at sammenlægge scorer fra følgende variable: ensomhed, depression, angst og selvmordstanker. *Jo højere score, desto højere mistrivsel*. Som det ses i ovenstående figur ("MGU sammenlignet med andre kohorter ved indskrivning"), er mistrivsel ved indskrivning højere i MGU-kohorten end i MOVE – og også lidt højere end i KONTROL. Det skyldes bl.a., at der er flere kvinder i MGU (se Pedersen et al. 2022).

Der ses ikke nogen stor forskel mellem de tre kohorter i andelen af unge, der har fået en psykiatrisk diagnose af en psykiater.

Endelig opdeles de unge i profilerne SIP, SEP, SEIP og LAV.

SIP	Svære internaliserende problemer (<i>ensomhed, depression, angst m.m.</i>).
SEP	Svære eksternaliserende problemer (<i>pjækker fra skole, oppe at slås, konflikter m.m.</i>).
SEIP	Svære eksternaliserende og internaliserende problemer.
LAV	Ingen/moderate internaliserende eller eksternaliserende problemer.

I langt de fleste undersøgelser af UngMap-data (se bl.a. Pedersen et al. 2017) har vi fundet, at unge med profilen LAV langt oftere opnår stoffrihed end unge med de tre andre profiler. Ligeledes finder vi oftest, at unge med profilen SEIP har vanskeligere ved at opnå stoffrihed end unge med de tre andre profiler. F.eks. var det i MOVE-undersøgelsen (Metodeprogrammet) 45,4 % af unge med profilen LAV, der var stoffri ved nímåneders opfølgingsinterviewet, mens det samme var tilfældet for 25,0 % af de unge med profilen SEIP.

I figur 36 "MGU sammenlignet med andre kohorter ved indskrivning" ses det, at der er betydeligt færre med profilen LAV og næsten dobbelt så mange med profilen SIP i MGU sammenlignet med MOVE. Der er ikke de store forskelle mellem MGU og KONTROL i fordelingen mellem LAV, SIP, SEP og SEIP.

Opsamling 1 (Forskelle og ligheder)

Fra MGU var der flere kvinder med, end der var i såvel MOVE som KONTROL. Der var også betydeligt færre i MGU med profilen LAV, end det var tilfældet i MOVE. Unge fra MGU havde et langt større forbrug af centralstimulerende stoffer end unge fra såvel MOVE som KONTROL. Til gengæld havde unge fra MOVE et større forbrug af cannabis end unge fra MGU. Unge fra MGU var i langt mindre grad afholdende fra alkohol i måneden op til indskrivning end unge fra MOVE og KONTROL. Alkoholbelastning kan ses i meget stærk sammenhæng med brug af centralstimulerende stoffer, hvilket vi også ser i denne undersøgelse. Unge fra MGU er med andre ord i højere grad end de to andre kohorter præget af et stort forbrug af alkohol og centralstimulerende stoffer. Herunder ikke mindst kokain.

Samlet kan dette betyde, at unge fra MGU får vanskeligere ved at opnå stoffrihed end unge fra MOVE.

5.2/ Hvordan udvikler de unge sig i løbet af behandlingsforløbet (målt med TEM)?

I dette afsnit undersøges de unges udvikling i løbet af deres behandlingsforløb. Dette gøres ved hjælp af TEM, hvor behandlerne har stillet de samme spørgsmål til alle fremmødte unge i alle sessioner. Først gives et overblik over antal gennemførte sessioner, og hvornår de unge falder fra i deres behandlingsforløb. Dernæst undersøges udviklingen af stoffrihed, alkoholforbrug og trivsel. Dette er muligt at sammenligne på tværs af de tre kohorter. Afslutningsvist undersøges udviklingen af stoffrihed fordelt på diagnose og risikoprofiler fra UngMap.

Af de 155, der udgør MGU-kohorten, nåede 143 at deltage i mindst én session, hvor de besvarede TEM-spørgsmålene. 12 nåede med andre ord ikke at påbegynde et egentligt behandlingsforløb (8,4 %). I MOVE (n=121) var det syv, der aldrig nåede den første TEM-session (5,8 %). Det har ikke været muligt at udregne dette for KONTROL kohorten.

5.2.1/ Antal sessioner målt med TEM

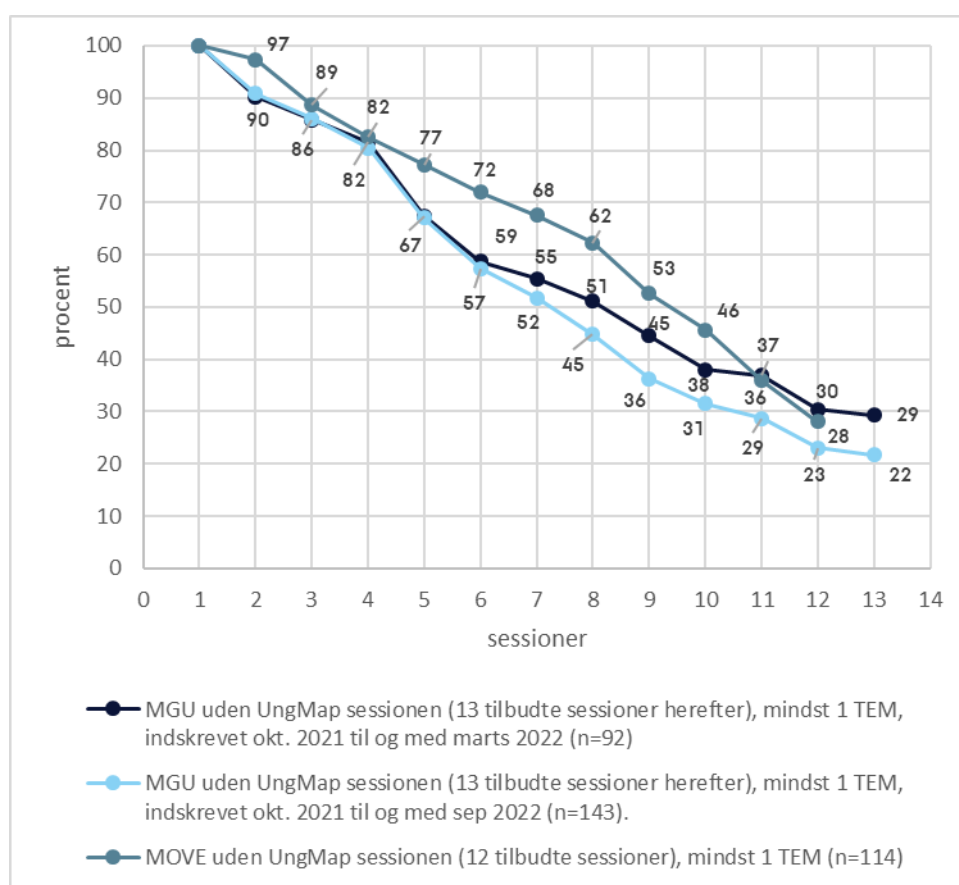
En betingelse for dette projekt har været en relativt kort projektperiode, hvilket har haft den konsekvens, at ikke alle var udkrevet på det tidspunkt, hvor dataindsamlingen sluttede. Det betyder, at der inkluderes unge i analyserne, der stadig er i behandling og derfor reelt vil komme til at modtage flere sessioner, end der er registreret i databasen.

Vi har forsøgt at kontrollere for denne udfordring ved at opdele de unge i to grupper: a) alle de 143, som havde besvaret mindst én TEM (n=143), og b) de unge, der blev indskrevet inden for perioden oktober 2021 til og med

marts 2022, som havde udfyldt mindst én TEM (n=92). Af disse 92 har 79 ikke registreret TEM siden august 2022. De 13, hvor der er registreret TEM i september, er alle indskrevet mellem 1.1. 2022 og 1.4. 2022 og har derfor alle haft mulighed for at gennemføre primærbehandlingen. Enkelte deltager stadig i den opfølgende behandling.

I nedenstående figur er to grafer for MGU sammenholdt med grafen fra MOVE, som blev gennemført fra 2014 til og med 2016.

Figur 37: Antal gennemførte sessioner. MOVE og MGU



Den nederste graf viser antal sessioner for alle 143 unge, der mindst har besvaret én TEM (13 sessioner tilbudt + UngMap). 22 % af denne gruppe har modtaget mindst 13 sessioner (+ UngMap-sessionen) og har derved gennemført forløbet som planlagt⁵. En del af disse unge er dog stadig indskrevet ved dataindsamlingens afslutning. F.eks. er det kun en ud af 21, der påbegyndte behandlingen mellem 1. juni og 30. september, som har haft sessioner nok til at kunne gennemføre primærforløbet.

⁵ Nogle unge gennemfører behandlingen med færre end 13 (med UngMap 14) sessioner. Det skyldes, at udeblivelse koster en sessionsgang. Der er derfor unge, der har gennemført programmet med f.eks. 11-12 sessioner. Dette er dog det samme for MOVE, hvorfor de to grafer kan sammenlignes.

Den blå midterste graf viser antal sessioner for de 92 unge, der blev indskrevet fra oktober 2021 til og med marts 2022. Denne gruppe af unge har alle haft mulighed for at gennemføre primærbehandlingen. Det er derfor denne graf, der bedst kan sammenlignes med MOVE-grafen.

Som det ses, finder der et afgørende frafald sted omkring session 5, hvor gruppen starter. Til gengæld er frafaldet herefter ikke så stort som i MOVE. Fra session 5 til session 11 er det således 22 %, der yderligere falder fra i MGU, mens det er 36 % i MOVE.

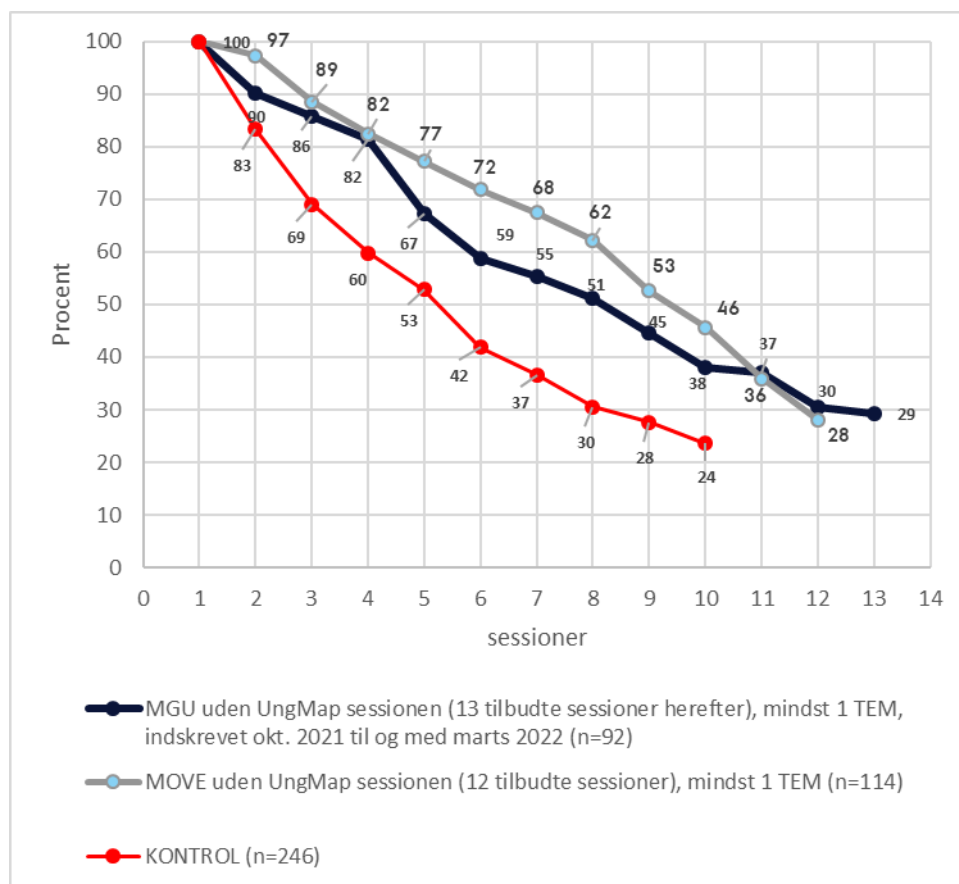
Opstart i gruppe synes at være et sårbart tidspunkt for den unge. Forklaringer kan være, at nogle er blevet stoffri og derfor ikke har lyst til at lære nye unge at kende, mens andre måske er angst for at komme i gruppe.

Behandlerens forberedelse af den unge til at starte i gruppe er derfor af afgørende betydning for det videre behandlingsforløb.

Til gengæld er de unge, der er tilbage, og som starter i gruppen, mere fastholdende, og det slutter med, at flere unge fra MGU gennemfører 12 sessioner (30 %), end det er tilfældet for MOVE (28 %).

I den næste graf sammenlignes henholdsvis MGU og MOVE med KONTROL.

Figur 38: Antal gennemførte sessioner. MGU, MOVE og KONTROL



Den nederste røde graf i ovenstående figur viser antal sessioner for 246 unge fra KONTROL-kohorten, som alle har besvaret mindst én TEM. Det ses, at frafaldet er betydeligt større i KONTROL end i MGU og MOVE. Således er det i denne gruppe 24 %, som modtog mindst 10 sessioner, mens det er 38 % i MGU og 46 % i MOVE. I såvel MOVE som MGU blev der givet gavekort for fremmøde hver anden session. Men ikke i KONTROL kohorten. Dette er antageligt en væsentlig del af forklaringen (se Pedersen et al. 2017c). Det samme fandt vi i Metodeprogrammets kontrolgruppe, hvor MOVE blev udviklet. Her var det 26 %, som gennemførte 10 sessioner, og kun 9 %, der gennemførte 12 sessioner. Også her var det gavekortene, der var afgørende for fastholdelse i behandling, idet denne kontrolgruppe ikke fik gavekort (ibid., Pedersen et al. 2020b).

Antal gruppesessioner: Af de 155 unge, der indgik i MGU, gennemførte 92 mindst én gruppesession, hvilket svarer til 59 % af de unge, der deltog i undersøgelsen. Disse 92 unge deltog i gennemsnit i 4,7 gruppesessioner.

Nogle af de unge er stadig i gruppebehandling ved afslutningen af dataindsamlingen. Hvis vi igen alene inddrager de 92, der startede i behandling før 1.4. 2022, og som udover UngMap-interviewet havde modtaget mindst én behandlingssession, er det 58, der starter i gruppe – svarende til 63 %, som starter i gruppe. Disse 58 deltog i gennemsnit i 5,0 gruppesessioner. Det er antageligt dette tal, der er det mest retvisende, idet det alene inddrager den gruppe af unge, der er startet på et egentligt behandlingsforløb (mindst én TEM), og som har haft mulighed for at gennemføre primærbehandlingen (UngMap + 13 sessioner).

Kvinder og mænd når lige hyppigt at deltage i gruppebehandlingen.

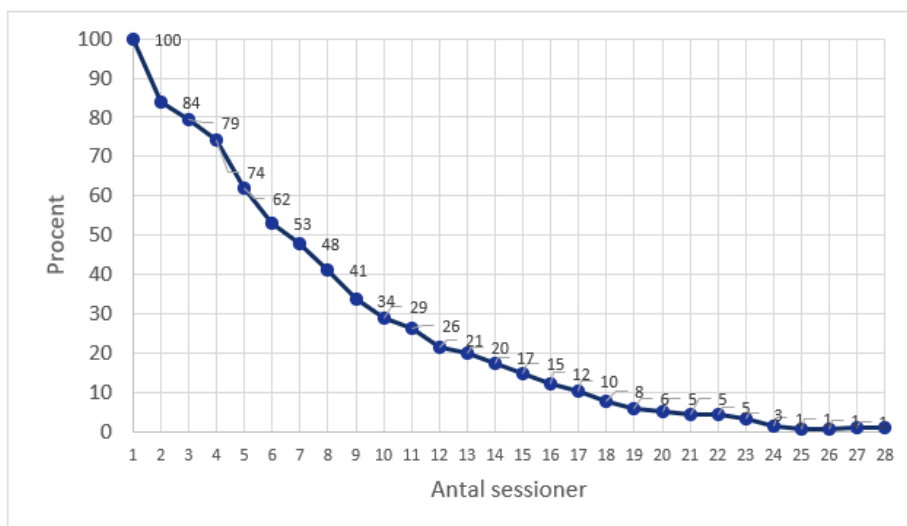
Totale antal sessioner: Det højst registrerede antal sessioner var 28 (se figuren nedenfor). For samtlige 143 unge, som modtog mindst én TEM-session, blev der i gennemsnit registreret 8,2 sessioner med TEM pr. ung. Der kan have været flere, fordi a) ikke alle havde afsluttet behandlingen ved dataindsamlingens ophør, og b) ikke alle sessionerne i den opfølgende behandling er registreret med TEM.

Når vi alene fokuserer på de unge, der blev indskrevet fra oktober 2021 til og med marts 2022, har hver ung i gennemsnit modtaget 9,1 sessioner. Også dette kan være højere, idet nogle af disse unge stadig er i opfølgende behandling. Unge fra MOVE modtog i alt 11,0 sessioner. I opgørelsen for MOVE var alle udskrevet og kunne ikke modtage flere sessioner.

23 unge (25 %) modtog mere end 13 sessioner (opfølgende behandling). Disse 23 havde modtaget 18,6 sessioner i gennemsnit samlet set med både primær og opfølgende behandling. 47,8 % af dem var stoffri ved sidste session. For MOVE var det 39 unge ud af 114 (34 %), der modtog mere end 13 sessioner. Disse 39 havde sammenlagt modtaget 21,2 sessioner. Vi ved ikke, hvor mange af dem der var stoffri ved sidste samtale.

Det skal fremhæves, at vi i modningsprocessen, efter behandlernes ønske, ændrede i kriterierne for efterbehandling, således at de unge blev tilbudt et opfølgende behandlingsforløb af varierende længde, alt efter behov. I MOVE var den opfølgende behandling ikke defineret ud fra behov, men havde en fast ramme.

Figur 39: Antal sessioner sammenlagt uden UngMap for unge i MGU, n=143 (procent)



Kommuner med stort og mindre indtag: Et væsentligt forhold, som kan være afgørende for behandlingssucces, er volumen – altså hvor mange unge den enkelte kommune har med i projektet. Af de 155 unge, der deltog i projektet, kom 74 % (115) fra de tre kommuner, der enten indskrev flest i projektet, eller hvor gruppebehandlingen blev defineret som tilbuddet til de fleste. En væsentlig betingelse var også at behandlerne havde tiltro til metodekonceptet.

Når vi alene fokuserer på de unge, der blev indskrevet fra oktober 2021 til og med marts 2022, har hver ung fra kommuner med STØRST indtag (69 af de 92 unge) modtaget 9,6 sessioner i gennemsnit. Dette tal kan også være højere, idet nogle af disse unge stadig er i opfølgende behandling. 19 unge (28 %) modtog mere end 13 sessioner (opfølgende behandling). Disse 19 unge havde totalt modtaget 18,7 sessioner. 52,6 % af disse var stoffri ved sidste session. Det ses endvidere, at ud af 23 unge, som modtog opfølgende behandling, kommer de 19 fra de tre kommuner med STØRST indtag.

I de tre kommuner med flest unge i projektet nåede 66 % at starte i gruppe, mens det for de tre kommuner med færrest i projektet var 40 %, der nåede at starte i gruppe. Der har altså været store forskelle i fastholdelse på tværs af kommunerne og/eller været vanskeligheder med at etablere grupper i kommunerne med MINDST indtag.

OBS! Antal sessioner er i MGU opgjort ved antal TEM-registrerede sessioner. I MOVE var de registreret gennem logbogen.

Opsamling 2 (fastholdelse)

Unge fra kommuner med STØRST indtag får flere sessioner end unge fra kommuner med MINDST indtag. Opfølgende behandling modtages næsten kun af unge fra kommuner med STØRST indtag. Af de unge, der deltager i opfølgende behandling, er det 52,6 %, der er stoffri ved sidste samtale.

Unge i MOVE fik flere sessioner og deltog oftere i opfølgende behandling. Sammenlignet med kommunerne med STØRST indtag er forskellen dog ikke stor, og en mindre gruppe af unge fra disse kommuner kan endnu nå at få flere opfølgende sessioner.

5.2.2/ Reduktion i forbrug af stoffer, alkohol og mistrivsel målt med TEM

TEM anvendes som tidligere nævnt ved hver session. Der er ikke alene tale om et monitorerings-/registreringsredskab, men i lige så høj grad et samtaleredskab. Når TEM kryttes til UngMap, kan der desuden identificeres særlige risikogrupper. I det følgende skal der først fokuseres på forbruget af illegale stoffer. MGU vil her igen blive sammenlignet med MOVE og KONTROL.

5.2.2.1/ Stoffrihed målt med TEM

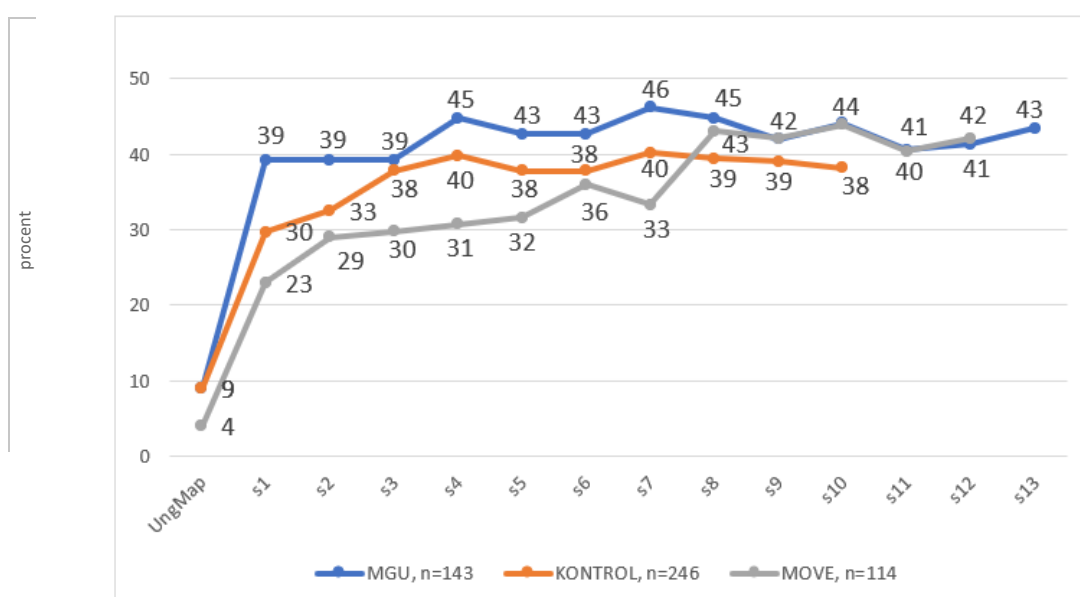
I det følgende præsenteres stoffrihed som "*Last Observation Carried Forward*". Det betyder, at forbruget af stoffer ved sidste session (f.eks. session 3) føres videre til en mulig session 4, 5 ... osv. Dette giver et mere konservativt mål for andelen af stoffri, fordi de unge, der dropper ud af behandlingen, oftest ikke har opnået stoffrihed, hvilket så føres videre (for uddybning, se Appendiks sidst i rapporten).

I nedenstående figur ses det, hvor mange der havde været stoffri i måneden op til indskrivning (UngMap), og herefter, hvor mange der havde været stoffri i ugen op til hver session. Andelen, der er stoffri ved UngMap-interviewet (sidste måned), var 9 % for både MGU og KONTROL. Disse 9 % oplyste, at de ikke havde brugt illegale stoffer i måneden op til UngMap-sessionen. For MOVE var det 4 %, som ikke havde brugt illegale stoffer i måneden op til indskrivning.

I ugen op til første session var det for MGU 39 %, der ikke havde brugt illegale stoffer (var stoffri). For KONTROL var det 30 %, mens det for MOVE var 23 %. De unge i MOVE kommer først op på samme niveau som MGU ved session 8 (se figur nedenfor).

Ved 10. session er 44 % fra MGU og MOVE stoffri, mens det er 38 % for KONTROL. For MGU og MOVE er det 41 og 42 %, der er stoffri ved session 12. Ved session 13 er 43 % af de unge fra MGU stoffri.

Figur 40: Stoffri ved indskrivning samt session for session for tre kohorter af 15- til 25-årige i stofbehandling (procent)



OBS! Efter session 4 varierer andelen, der er stoffri, typisk 2-4 % fra session til session, hvilket også ses i andre undersøgelser (Pedersen et al. 2022). Jo færre der måles på, desto større kan andelen af stoffri variere session for session.

Ved sidste registrerede session (session 28) var det fortsat 43 %, der havde været stoffri i ugen op til sidste session.

Opsamling 3 (stoffrihed målt med TEM)

Der argumenteres for, at unge fra MGU kan have vanskeligere ved at opnå stoffrihed end unge i MOVE. Dette kan skyldes: a) at der er flere kvinder i MGU, b) flere med trivsels- og/eller adfærdsproblemer (færre med profilen LAV), c) et større forbrug af centralstimulerende stoffer og d) at unge fra MGU havde et større forbrug af alkohol.

Det kan således forventes, at behandlingsforløbene i MGU i højere grad skal tage højde for disse forskellige forhold i arbejdet med de unges rusmiddelbrug i sammenligning med forløbene i MOVE.

STOF-belastning ved indskrivning for MGU (n=143, mindst én session): Forbruget af illegale stoffer ved indskrivning er ubetinget den stærkeste prædikator for forbrug af illegale stoffer gennem behandlingsforløbet. Dette ses nedenfor:

- Af de unge, der allerede havde stoppet deres forbrug af illegale stoffer ved indskrivning (UngMap-interviewet), var 77 % stoffri ved session 13.
- Af de unge, der havde haft et forbrug af illegale stoffer under 20 dage den seneste måned op til indskrivning, var 58 % stoffri ved session 13.
- Af de unge, der stort set brugte cannabis hver dag, men i begrænset omfang andre stoffer i måneden op til indskrivning, var 31 % stoffri ved session 13.
- Endelig var 20 % af de unge, der havde et massivt forbrug af både cannabis og andre illegale stoffer i måneden op til indskrivning, stoffri ved session 13.

Vi finder tilsvarende stærke sammenhænge i alle vores undersøgelser (se f.eks. Pedersen et al. 2022). Senere illustreres det, at vi finder den samme sammenhæng ved tre-, seks- og nimmåneders-interviewene gennemført af ansatte ved CRF.

Køn. Af de unge mænd i MGU var 47 % stoffri ved sidste session inden opfølgingsbehandlingen (session 13), mens det for de unge kvinder var 38 %.

Når der skal sammenlignes med MOVE og KONTROL, tages der udgangspunkt i session 10 (målt ud fra, at alle unge fra de tre kohorter har besvaret TEM). Her var det for ...

- MGU: 45 % mænd og 42 % kvinder
- MOVE: 46 % mænd og 30,0 % kvinder
- KONTROL: 40 % mænd og 33 % kvinder.

Kvinderne har dermed i alle tre kohorter vanskeligst ved at blive stoffri målt ved session 10.

MGU og MOVE kan sammenlignes ved session 12. For MGU var 45 % af mændene og 35 % af kvinderne stoffri, mens det for MOVE var 45 % af mændene og 27 % af kvinderne, som var stoffri.

Alder: Ved sammenligning med MOVE og KONTROL tages der igen udgangspunkt i TEM, session 10 (målt ud fra, at de alle har besvaret TEM). Her var det for ...

- MGU: 52 % for 15-20-årige og 37 % for de 21-25-årige
- MOVE: 36 % for 15-20-årige og 49 % for de 21-25-årige
- KONTROL: 35 % for 15-20-årige og 41 % for de 21-25-årige.

Igen kan MGU og MOVE sammenlignes ved session 12. For MGU var det her 43 % af de 15-20-årige og 40 % af de 21-25-årige, der var stoffri, mens det for MOVE var 45 % af de 15-20-årige og 30 % af de 21-25-årige, som var stoffri.

Ved MGU session 13 (sidste primærbehandlings-session) var 47 % af de 15-20-årige stoffri ved sidste TEM-registrering, mens det for de 21-25-årige var 41 %.

Det er noget overraskende, at de yngste i MGU klarer sig så godt. Generelt i dansk rusmiddelbehandling har unge i alderen 15-25 betydeligt vanskeligere ved at blive stoffri end voksne i alderen 26+ (Pedersen et al. 2022).

Vi ser da også, at det i MOVE og KONTROL var de unge i alderen 21-25 år, der klarede sig bedst. Om unge i alderen 15-20 i særlig grad profiterer af gruppebehandling, skal der flere undersøgelser til at afgøre.

Kommuner med størst og mindst indtag (STØRST/MINDST): Fra STØRST-kommunerne var 47 % stoffri ved sidste session, mens det for MINDST-kommunerne var 35 %, der var stoffri. Dette kan ikke sammenlignes med MOVE og KONTROL. Som tidligere nævnt modtog unge fra kommuner med STØRST indtag flere sessioner, og de startede oftere i gruppebehandlingsdelen. Dette kan være forklaringen på forskellen.

Deltog i gruppesessioner: Af de unge fra MGU, der startede i den egentlige gruppebehandling, var 43 % stoffri ved sidste session af primærbehandlingen, mens det for de unge fra MGU, der ikke startede i den egentlige gruppebehandling, ligeledes var 43 %. Vi ser også, at andelen af unge der er stoffri fra MGU allerede stabiliseres ved session 4 målt med TEM (se figuren "Stoffri ved indskrivning samt session for session for tre kohorter af 15- til 25-årige i stofbehandling (procent)").

Udeblivelser: For individuel behandling i MGU synes udeblivelser ikke at påvirke effekten af behandlingen. Således var det 43 % af dem, der havde 0 udeblivelser fra den indledende individuelle del (session 1-5), som var stoffri ved sidste session, mens 42 % af dem, der havde udeblivelser, var stoffri.

Lidt anderledes ser det ud for de unge fra MGU, der deltog i gruppesessionerne. Her var det 51 % af dem, der aldrig var udeblevet fra en gruppesession, som var stoffri ved sidste TEM-session (13), mens det er 44 % af dem, der havde haft mindst én udeblivelse fra gruppesessioner, som er stoffri.

I alt er det 46 %, der ikke havde haft udeblivelser i gruppen, mens 70 % ikke havde haft udeblivelser i den individuelle primærbehandling.

Opsamling 4 (stoffrihed udspecificeret)

I alle tre kohorter ses det, at mænd oftere var stoffri end kvinder.

For MGU var det de yngste unge (15-20 år), som oftest var stoffri, mens det for MOVE og KONTROL var omvendt.

Unge fra kommuner med STØRST indtag var oftere stoffri end unge fra MINDST indtag.

Unge, der ikke havde udeblivelser fra gruppen, var oftere stoffri ved sidste session end unge, der havde haft udeblivelser fra gruppen.

5.2.2.2/ Alkoholforbrug målt med TEM

Nedenfor ses tre grafer, som viser alkoholforbruget hos unge, der *ved UngMap-interviewet* henholdsvis var LAVT/MODERAT belastet af alkohol (n=94), MEGET alkohol-belastet (n=41) og SVÆRT alkoholbelastet (n=20).

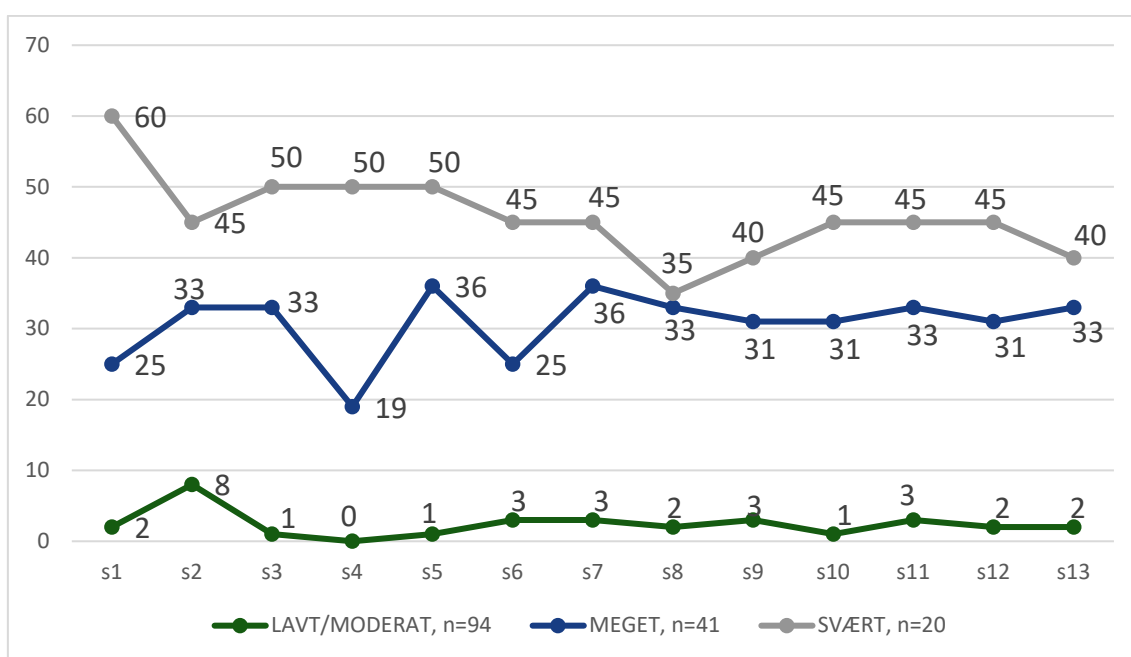
De **LAVT** alkohol-belastede havde ikke drukket alkohol den seneste måned.

MODERAT alkoholbelastet betyder f.eks., at den unge 2-3 gange om ugen typisk drikker 3-4 genstande, og at vedkommende godt kan drikke fem genstande eller mere 1-2 gange om måneden (men ikke på ugentlig basis).

MEGET alkohol-belastet betyder, at den unge f.eks. 2-3 gange om ugen drikker 7-9 genstande, og at dette foregår hver uge.

SVÆRT alkoholbelastet betyder f.eks., at den unge kan drikke 10 genstande eller flere fire dage om ugen eller oftere og drikker fem genstande eller mere dagligt eller næsten dagligt.

Figur 41: Problematisk brug af alkohol session for session fordelt på tre alkohol-belastningsgrupper, MGU-kohorten (procent)



Forklaring. I den øverste grå graf følges gruppen, der var SVÆRT belastet af alkohol ved indskrivningen (10 genstande eller flere fire dage om ugen eller oftere, målt indenfor den seneste måned). Det er denne SVÆRT belastede gruppe, vi anser for havende et forbrug af alkohol, der kræver særlig opmærksomhed. Denne gruppe består af 20 unge, som har besvaret mindst én TEM.

Alkoholforbruget session for session følges med TEM, som alene siger noget om sidste uge. Der anvendes i TEM Audit C (sidste uge), hvor der skelnes mellem en score på 0-6 og 7 og derover. En score på 7 og derover betyder typisk mindst 2-3

dage sidste uge med mindst 7-9 genstande hver gang, helt op til næsten hver dag, hvor der er drukket 10+ genstande hver gang.

Ved indskrivning havde denne gruppe alle et SVÆRT belastet alkoholforbrug. Ved session 13 er det nu 40 % af denne gruppe af unge, som stadig har et forbrug, hvor de mindst har drukket 2-3 dage sidste uge med mindst 7-9 genstande hver gang. Denne gruppe på 40 % (8 af de 20) har stadig et problematisk forbrug af alkohol (scorer 7 og derover i TEM Audit C). De resterende 60 % (12 af de 20) af denne gruppe af SVÆRT alkoholbelastede unge (ved indskrivning) har nu haft et forbrug på mindre end 2-3 dage sidste uge med mindre end 7-9 genstande hver gang. 6 af de 20 har været helt afholdende i ugen op til sessionen.

LAVT til MODERAT forbrug af alkohol ved indskrivning (nederste grønne graf) er i ovenstående figur lagt sammen (87 unge, der har svaret på mindst én TEM). Denne gruppe fortsætter med at have et lavt/moderat forbrug af alkohol. 51% af disse unge har været afholdende i ugen op til sessionen. 2 af de 87 har haft et forbrug, hvor der scores 7+ i TEM alkohol.

Den midterste (blå) graf viser den gruppe af unge, som har haft et MEGET belastet alkoholforbrug op til indskrivning (36 unge). De drikker omkring 2-3 gange om ugen 5-6 genstande hver gang eller lidt mindre. Gennem behandlingsforløbet har 1/3 stadig et sådant forbrug uge for uge. 25 % har været afholdende i ugen op til sessionen.

KONTROL vs. MGU: Som tidligere nævnt var der færre fra MGU, der var afholdende i sidste måned op til UngMap-interviewet, end det var tilfældet for KONTROL. For de 143 fra MGU, der svarede på alkoholspørgsmålene og mindst havde haft én session derudover, var det som nævnt ovenfor 20 af de 143, der var SVÆRT belastet (14,0 %) ved indskrivning, mens det for KONTROL var 21 unge ud af 246, svarende til 8,5 %.

Ved session 10 havde ni af de 20 (45 %) unge fra MGU fortsat et problematisk alkoholforbrug (sidste uge), mens det var syv ud af 21 (33 %) for unge fra KONTROL. Datagrundlaget er dog begrænset.

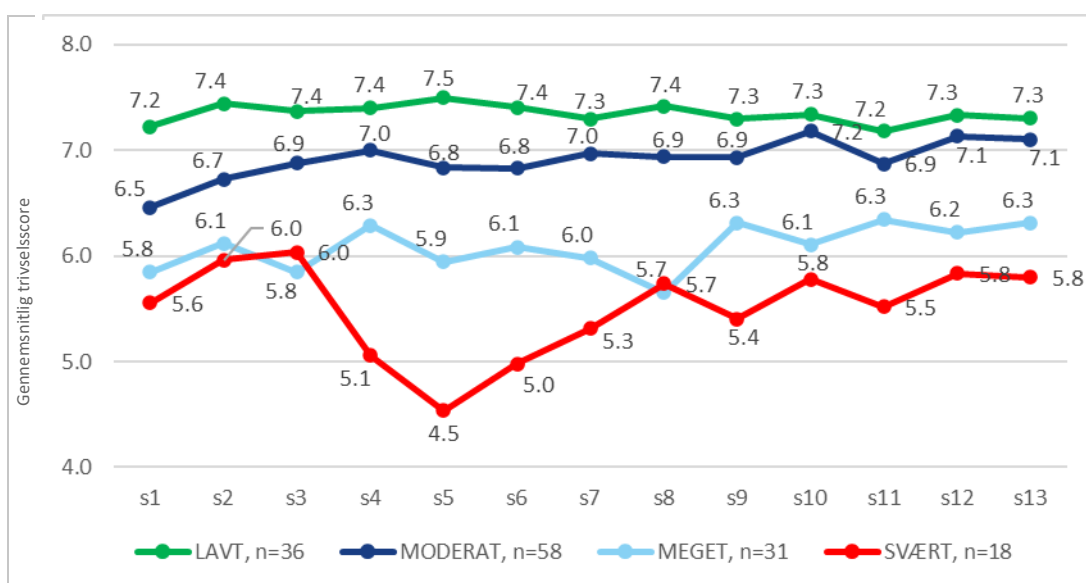
Opsamling 5 (alkohol)

Unge fra MGU er mere alkohol-belastede end unge fra de andre to kohorter. Således var 14,0 % (20 ud af 143 unge) fra MGU SVÆRT alkohol-belastede, mens det samme var tilfældet for 8,5 % fra KONTROL. (21 ud af 246 unge). Gennem behandlingsforløbet reducerer denne gruppe deres alkoholforbrug betragteligt.

5.2.2.3/ Trivsel målt med TEM

I nedenstående figur er udviklingen i trivsel vist for fire trivsels-belastningsgrupper ved indskrivning (UngMap).

Figur 42: Forandring i trivsel session for session for fire belastningsgrupper (trivselsscore)



Forklaring. Trivsel session for session kan knyttes tæt til internaliserende problemstillinger (depression, angst, ensomhed, selvmordstanker m.fl.). En trivsel på 7-8 regnes inden for normalområdet (er fundet i nationale stikprøveundersøgelser blandt danske unge). En score på under seks bør der i høj grad være opmærksomhed omkring. Dette *kan være* forbundet med en høj grad af angst, depression, ensomhed og selvmordstanker. En score på under fem bør straks undersøges nærmere.

Graferne i ovenstående figur viser følgende fire trivselsbelastnings-kategorier:

- 1) LAVT (øverste grønne graf): En gruppe, som trives gennem hele forløbet, og som også scorede højt i trivsel ved indskrivning (n=36)
- 2) MODERAT: En gruppe med moderat trivselsbelastning ved indskrivning, men som gennem forløbet dog stiger fra 6,5 til 7,1 (inden for normalområdet, n=58)
- 3) MEGET: En gruppe, der er meget trivselsbelastet ved indskrivning, men som dog klart profiterer af behandlingsforløbet. Scoren stiger fra 5,8 til 6,3 (n=31).
- 4) SVÆRT: En svært trivselsbelastet gruppe ved indskrivning, som tager et meget stort dyk i trivsel omkring starten af gruppebehandlingen (enten sidste session før gruppe eller ved første gruppe-session). Det ses dog, at gruppesessionerne generelt ikke har en yderligere negativ effekt på de unges trivsel. Trivsel øges således fra session syv til sidste session i primær-behandlingen. Den når dog ikke meget højere ind ved indskrivning (5,6 ved indskrivning mod 5,8 ved sidste samtale i primærbehandling).

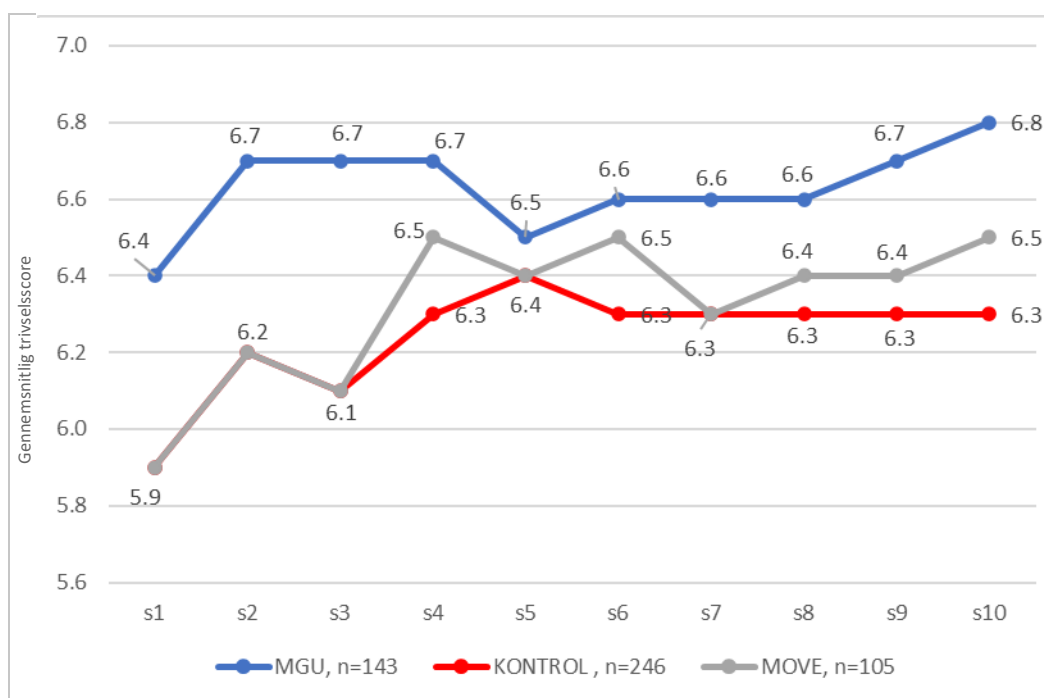
Som det ses i ovenstående figur ("Forandring i trivsel session for session for fire belastningsgrupper (trivselsscore)"), er graferne forholdsvis stabile, hvilket er et generelt fænomen (Pedersen et al. 2022). Ensomhed, depression, angst m.m. kan være vanskeligt at ændre. F.eks. kræver en positiv udvikling i forhold til følelsen af ensomhed, at der sker et brud på ensomheden, hvilket kan være vanskeligt for unge, der måske altid har følt sig udenfor. Trivsel øges dog frem til session 13 for de to midterste grupper i grafen. Trivselsniveauet blandt LAVT trivselsbelastede ved indskrivning, illustreret med den øverste grønne graf i ovenstående figur, forventes ikke at stige, da niveauet ligger på niveau med det generelle billede blandt danske unge (normalområdet).

Der bør være særlig opmærksomhed på SVÆRT trivselsbelastede unge (den nederste røde graf, i figuren "Forandring i trivsel session for session for fire belastningsgrupper (trivselsscore)"). Ikke mindst denne gruppe står i fare for at droppe ud med en meget ringe trivsel ved udsigten til gruppebehandling.

Det store dyk i trivsel finder sted lige før eller ved første gruppesamtale. Det er helt afgørende, at ikke mindst denne gruppe forberedes til gruppebehandling.

I den næste graf sammenlignes den samlede udvikling i trivsel for kohorterne MGU, KONTROL og MOVE.

Figur 43: Trivsel for de tre sammenlignings-grupper session for session (trivselsscore)



De unge fra MGU scorer samlet set højere i trivsel ved indskrivning end unge fra KONTROL og MOVE (6,4 mod 5,9). For den samlede graf for MGU ses igen et lille dyk ved session 5 (sidste session inden gruppebehandlingen eller første session i gruppebehandling). Dykket kan, som vist tidligere, især knyttes til de mest trivselsbelastede unge. Det er vanskeligt at

gennemskue, hvorfor der er så stor forskel på trivsel ved indskrivning mellem MGU på den ene side og MOVE og KONTROL på den anden side.

Kommuner med det største og mindste indtag (STØRST vs. MINDST): Unge fra STØRST kommunerne havde i session 1 en gennemsnitlig trivsel på 6,4, mens dem fra MINDST havde en på 6,3. Ved session 13 var den 6,9 fra STØRST og 6,5 fra MINDST. Unge fra kommuner med STØRST indtag udviklede med andre ord en højere trivsel end unge fra MINDST-kommunerne. Denne gruppe af unge fra kommuner med STØRST indtag fik som nævnt også flere sessioner og startede oftere i gruppebehandling. Forskellen er dog ikke signifikant.

Opsamling 6 (trivsel generelt)

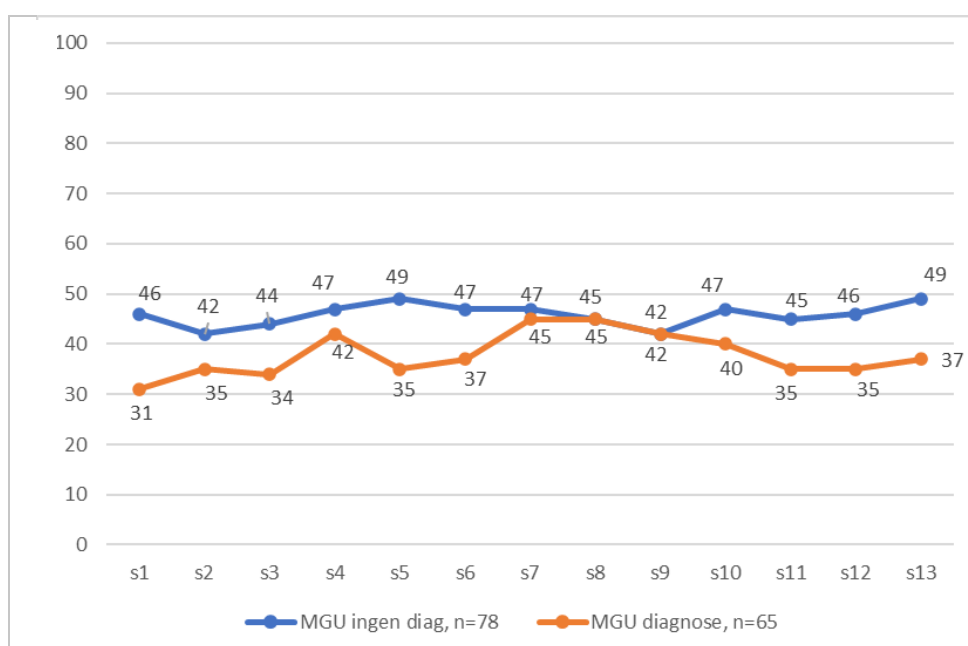
Der bør være særlig opmærksomhed på unge, som er SVÆRT trivselsbelastede. Denne gruppe, som i forvejen har meget ringe trivsel, tager omkring session 5 et kraftigt dyk i trivsel, og dette tilskrives udsigten til gruppebehandling eller første gruppesession. Forberedelse til gruppebehandling er her i særlig grad vigtig.

Unge fra kommunerne med STØRST indtag udvikler en bedre trivsel gennem forløbet målt med TEM end unge fra kommuner med MINDST indtag.

Unge fra MGU trives som udgangspunkt bedre end unge fra MOVE og KONTROL (målt med TEM). Ved sidste session i primærbehandlingen er den samlede trivsel betydeligt højere for MGU end for MOVE og KONTROL.

Unge med psykiatrisk diagnose givet af psykiater opnår ikke helt den samme grad af stoffrihed som andre unge (se figur nedenfor).

Figur 44: Stoffrihed for unge med/uden psykiatrisk diagnose session for session, n=143 (procent)



Unge med en psykiatrisk diagnose bliver i særlig grad stoffri i starten af gruppebehandlingen (fra 31 % ved session 1 til 45 % ved session 7). I rene tal er det fra 20 til 29 unge med psykiatrisk diagnose, der bliver stoffri. Andelen, der er stoffri, reduceres så til slut i behandlingsforløbet og falder fra 45 % ved session 8 til 37 % ved session 13 (fra 29 unge til 24 unge).

Dette kunne indikere, at unge med en psykiatrisk diagnose ikke profiterer tilstrækkeligt af gruppebehandlingen. De deltager dog i gennemsnit i lige så mange gruppesessioner som unge, der ikke har nogen psykiatrisk diagnose. Således deltager alle unge med psykiatrisk diagnose i gennemsnit i 2,8 gruppesessioner mod 2,9 gruppesessioner for alle unge uden psykiatrisk diagnose.

I den næste figur ses antallet, der har fået en diagnose af en psykiater, for de forskellige projekter, og hvordan forekomsten af stoffrihed udviklede sig mellem session 1, 10, 12 og 13.

Figur 45: Psykiatrisk diagnose og udviklingen i stoffrihed for de tre sammenligningsgrupper

	S1	S10	S12	S13
MGU, n=65, 45 % diagnose	31 %	40 %	35 %	37 %
KONTROL, n=102, 42 % diagnose	28 %	35 %		
MOVE, n=41, 40 % diagnose	24 %	37 %	37 %	

I figuren ovenfor ses der ikke nogen stor forskel i andelen af stoffri ved de forskellige nedslagssessioner for de tre kohorter. Omkring 35-37 % er stoffri ved sidste primærbehandlings-session (session 10).

I næste figur ses antallet, der har fået en diagnose af en psykiater, for unge i de forskellige projekter, samt hvordan deres trivsel udviklede sig mellem session 1, 10, 12 og 13.

Figur 46: Udviklingen i trivsel for de tre sammenligningsgrupper (gennemsnitlig score)

	S1	S10	S12	S13
MGU, n=65, 45 % diagnose	6,3	6,6	6,6	6,5
KONTROL, n=102, 42 % diagnose	5,4	6,0		
MOVE, n=41, 40 % diagnose	5,4	5,7	5,6	

Igen er en score i trivsel på 7+ inden for normalområdet. Unge med en psykiatrisk diagnose scorer betydeligt højere i trivsel ved de sidste sessioner i primærbehandlingen end unge fra KONTROL og MOVE. Som det ses, var udgangspunktet også højere, hvilket ikke kan forklares med andet, end der kan være tale om forskellige grupper. Det er dog alligevel overraskende, idet der indgår betydeligt flere kvinder i MGU-kohorten end i de to andre kohorter. Kvinder scorer normalt betydeligt lavere i trivsel end mænd (se Pedersen et al. 2022).

Opsamling 7 (unge med psykiatrisk diagnose)

Unge med en psykiatrisk diagnose var i lige så høj grad stoffri som andre unge ved samtale 8. Herefter falder andelen af stoffri unge med psykiatrisk diagnose og slutter ved 37 % ved session 13 (for unge uden psykiatrisk diagnose var 49 % stoffri).

Andelen af stoffri unge med psykiatrisk diagnose er den samme, som den var for MOVE- og KONTROL-kohorterne.

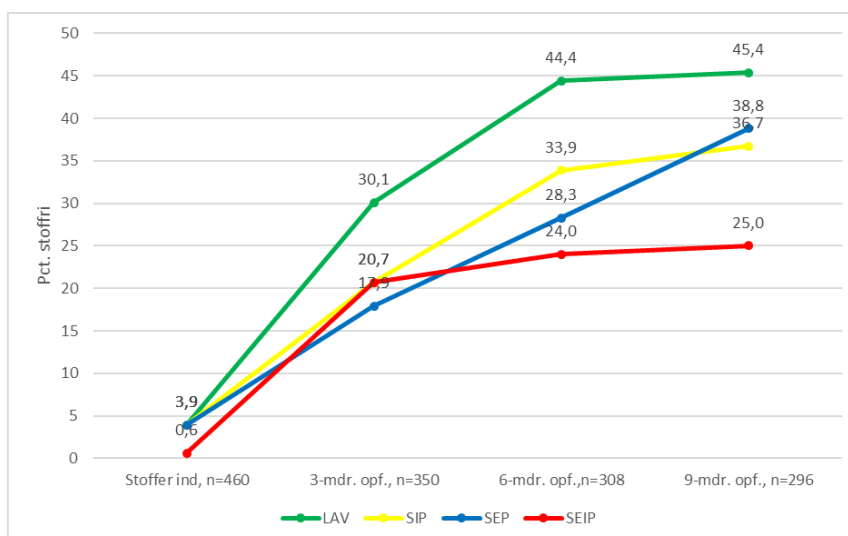
Unge fra MGU med psykiatrisk diagnose trives ved sidste samtale i primærbehandlingen bedre end unge fra MOVE og KONTROL med psykiatrisk diagnose.

Profiler: Ungeprofilerne bygger på spørgsmål om internaliserende problemer (*ensomhed, depression, angst, selvmordstanker m.m.*) og eksternaliserende adfærdsproblemer (*pjækker fra skole, forstyrrer i timerne, bortvist fra skole, kommer i slagsmål, konflikter med andre m.m.*). Svære internaliserende problemer forkortes med SIP, mens svære eksternaliserende problemer forkortes med SEP.

Det betyder, der er fire profiler: LAV, SIP, SEP og SEIP, hvor SEIP betyder, at den unge har såvel svære eksternaliserende som internaliserende problemer.

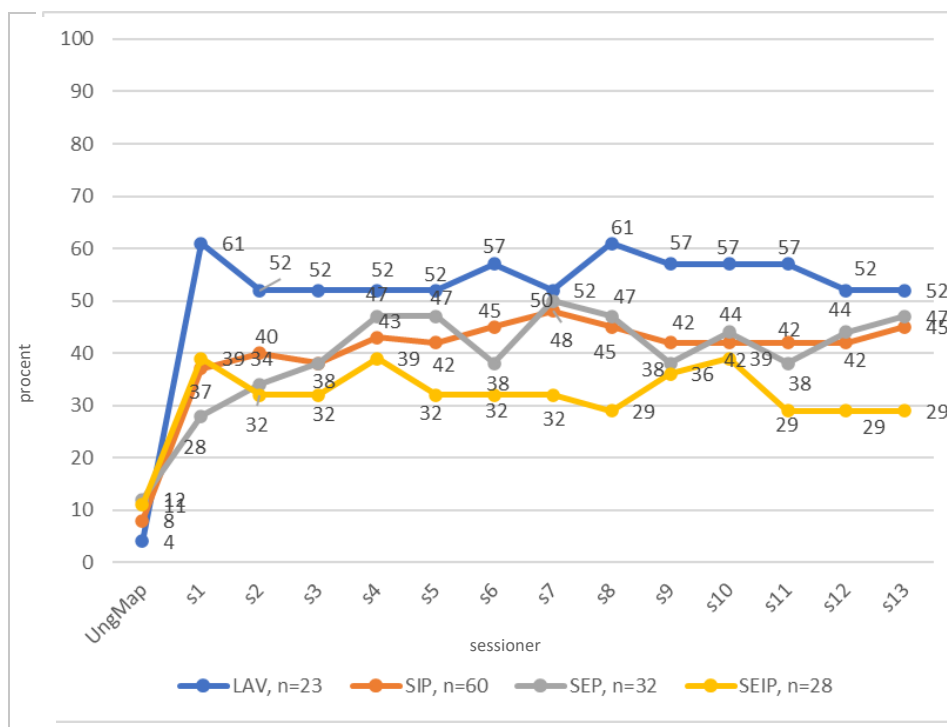
LAV betragtes som MINDRE belastet, SIP/SEP som MODERAT til MEGET belastet og SEIP som SVÆRT belastet. Generelt har vi i tidligere undersøgelser fundet, at LAV – altså unge, der ikke har stærke internaliserende og/eller eksternaliserende problemer – i højere grad bliver stoffri end unge med de andre tre profiler. Dertil kommer, at unge med både eksternaliserende og internaliserende problemer (SEIP) oftere har vanskeligt ved at blive stoffri. Såvel den gode effekt for LAV og den noget ringere effekt for SEIP fandt vi i MOVE, hvilket ses nedenfor. De unge blev her interviewet af ansatte fra CRF (Pedersen et al. 2017c).

Figur 47: Stoffrihed for profiler LAV, SIP, SEP og SEIP i Metodeprogrammet foretaget af CRF ansatte, n=460 (procent)



For MGU viser nedenstående grafer udviklingen i stoffrihed frem til og med session 13. Her er det behandlerne, der har stillet spørgsmålene ved hjælp af UngMap og TEM.

Figur 48: Stoffrihed for profilerne LAV, SIP, SEP og SEIP for MGU, n=143



I figuren ses det, at 52 % af de unge med profilen LAV var stofferfri ved session 13, mens det var henholdsvis 47 % for SEP, 45 % for SIP og 29 % for SEIP.

Vi har med andre ord her gentaget denne fordeling fra MOVE-undersøgelsen, og på tværs af hvem der interviewer de unge (interbedømmer-pålidelighed).

Vi vil derfor fastholde, at gruppen af unge med profilen SEIP er en særlig belastet gruppe, mens gruppen med profilen LAV er den gruppe, der oftest bliver stofferfri.

OBS! Der ses store udsving i graferne i figuren " *Stofferfrihed for profilerne LAV, SIP, SEP og SEIP for MGU*", fordi der ikke er så mange unge i de enkelte grupper. Den gruppe, hvor der er mindst udsving i grafen, er SIP, hvor der indgår 60 unge. Vi ser også, at reduktionen i forbruget af stoffer finder sted tidligt i forløbet, hvilket er et generelt fænomen. De unge med profilen LAV har lidt svært ved at holde den gode begyndelse, men en høj andel fastholder stofferfriheden. Unge med profilen SEIP har ligeledes svært ved at fastholde andelen af stofferfri, mens den for SIP og SEP vokser en smule gennem hele forløbet.

I de tre kohorter er profilerne fordelt som vist nedenfor.

Figur 49: Fordeling af profiler i de fire kohorter (procentandele)

	MGU (n=155)	MOVE (n=121)	KONTROL n=246
LAV	16,1	28,9	18,7
SIP	41,3	21,5	36,2
SEP	23,2	33,9	24,0
SEIP	19,4	15,7	21,1

Det ses, at MGU ikke mindst adskiller sig fra MOVE og KONTROL ved at have rigtig mange med profilen SIP. Dette skyldes den store andel af kvinder i MGU, idet kvinder generelt langt oftere en mænd har profilen SIP. I MGU er der færre med profilen LAV sammenlignet med MOVE, som ellers er de unge, der klarer sig bedst.

Opsamling 8 (unge-profiler: LAV, SIP, SEP, SEIP)

Unge med profilen LAV er oftere stoffri ved såvel indskrivning, ved TEM, som ved opfølgings-interviews gennemført af ansatte ved CRF, end andre unge. Unge med profilen SEIP er, målt på samme måde, ikke så ofte er stoffri.

Der er færre med profilen LAV i MGU end i MOVE.

5.3/ Behandlingsresultater målt tre, seks og ni måneder efter indskrivning

Resultaterne af behandlingen måles med såvel TEM som med opfølgingsinterviews gennemført af ansatte CRF tre, seks og ni måneder efter de unges indskrivning. Igen er der særligt fokus på brug af illegale stoffer, alkohol og trivsel.

Der anvendes samme spørgsmål i både UngMap, TEM og opfølgingsinterviews til at belyse rusmiddelbrug og trivsel over tid. Fordelene ved ikke blot at belyse udviklingen ved hjælp af TEM, men også via opfølgingsinterviewene, er følgende:

- Opfølgingsinterviewene gør det muligt at følge unge, efter de har afsluttet/afbrudt behandlingsforløbet. Det er ikke muligt med TEM. Her er det alene de unge, som fortsætter i behandling, der kan måles på.
- Opfølgingsinterviewene gør det muligt at følge de unge over længere tid med præcis de samme intervaller –tre, seks og ni måneder efter indskrivning.
- Opfølgingsinterviewene måler brug af illegale stoffer, alkohol og de unges trivsel den seneste måned og ikke som TEM den seneste uge. Med opfølgingsinterviewene er der med andre ord tale om et mere stabilt resultat over tid.
- Opfølgingsinterviewene kan fungere som en slags test (validering) af TEM-metoden. Vi har tidligere hørt, der kan være tvivl om sandfærdigheden af de unges rapporteringer, men en sammenligning af TEM og opfølgingsinterviews viser, at de unge angiver stort set samme svar til behandlerne som til ansatte ved CRF. Dertil kommer, at hvis en variabel f.eks. forudsiger stoffrihed med TEM, så forudsiger den også stoffrihed ved opfølgingsinterviewene.

Modsat er det en styrke ved TEM, at metoden måler resultaterne for alle unge indskrevet i hele behandlingsforløbet.

Grundet det relativt korte evalueringsforløb har det ikke været muligt at inddrage alle, der er med i opfølgningen i undersøgelsen. Kun relativt få unge nåede at blive interviewet ni måneder efter indskrivning, da de unge senest skulle være indskrevet 31.1 2022 for at kunne opfylde kriteriet for at deltage i nimåneders-opfølgningsinterviewet.

De sidste, vi kunne interviewe seks måneder efter indskrivning, var de unge indskrevet senest 30.4 2022, og de sidste, vi kunne interviewe tre måneder efter indskrivning, var unge indskrevet senest 31.7 2022.

Følgende blev interviewet:

Figur 50: Opfølgning af de unge

	Mulige	Interviewet	Svarprocent
9-mdr. opfølgning	72	43	60 %
6-mdr. opfølgning	123	79	64 %
3-mdr. opfølgning	149	112	75 %

Svarprocenterne i ovenstående er på højde eller lidt lavere end svarprocenterne fra Metode-programmet (MOVE), men andelen af unge, der indgår – ikke mindst i nimåneders-opfølgningen – er ikke mindst hvad angår antal betydeligt lavere. Det sidste giver et betydeligt problem i fortolkningen af resultaterne fra nimåneders opfølgningen. Ikke nok med gruppen kun udgør en mindre del af de unge fra MGU (43 unge) så var det alene de unge der blev indskrevet i 2021, som kunne nå at deltage i nimåneders opfølgningen. I tillæg var ikke mindst gruppebehandlingen på det tidspunkt stadig påvirket af Corona-pandemien. Ikke mindst gruppebehandlingen.

5.3.1/ Brug af illegale stoffer

I det følgende skal der skelnes mellem forbrug af cannabis og forbrug af andre illegale stoffer. Nedenfor ses bevægelserne i forbruget af cannabis ved de fire interviews fordelt på fire forbrugs-grupper.

Figur 51: Dage med forbrug af cannabis ved indskrivning og 3-, 6- og 9-måneders interview

	Indskrivning/UngMap n=155/155	3-mdr. opf. n=112/149	6-mdr. opf. n=79/123	9-mdr. opf. n=43/72
Cannabis 0 dg. %	21,3	40,2	43,0	44,2
Cannabis 1-8 dage %	16,1	19,6	17,7	23,3
Cannabis 9-19 dage %	15,5	11,6	10,1	14,0
Cannabis 20-30 dage %	47,1	28,6	29,1	18,6

OBS! I ovenstående tabel er det ikke de samme unge, der går igen. De 43 ved 9-måneders-opfølgningen sammenlignes således med de 155 ved indskrivning.

I ovenstående figur ses det, at andelen, der ikke har brugt cannabis den seneste måned, stiger fra 21,3 % til 44,2 % for MGU. Modsat falder andelen, der bruger cannabis hver dag, fra 47,1 % til 18,6 %.

Lidt anderledes forholder det sig i MOVE-kohorten fra 2014-17. Her var der kun en mindre andel, der ikke brugte cannabis i måneden op til UngMap-interviewet (9,1 %), mens der var flere end i MGU, som brugte cannabis hver dag (58,7 %).

Figur 52: MOVE: Dage med forbrug af cannabis ved indskrivning og 3-, 6- og 9-måneders interview

		Indskrivning/ UngMap n=121/121	3-mdr. opf. n=97/121	6-mdr. opf. n=88/121	9-mdr. opf. n=84/121
Cannabis 0 dg.	%	9,1	24,7	37,5	53,6
Cannabis 1-8 dage	%	12,4	24,7	20,5	13,1
Cannabis 9-19 dage	%	19,8	11,3	9,1	7,1
Cannabis 20-30 dage	%	58,7	39,2	33,0	26,2

OBS! I ovenstående tabel er det ikke de samme unge, der går igen. De 84 ved 9-måneders-opfølgningen sammenlignes således med de 121 ved indskrivning. Forskellene er dog minimale.

Til og med seksmåneders-opfølgningen er andelen, der ikke bruger cannabis, højere i MGU end i MOVE, og andelen, der bruger cannabis næsten hver dag, er lavere i MGU end i MOVE. Ved nimmåneders opfølgningen er dette dog ændret til, at 53,6 % fra MOVE ikke har brugt cannabis den seneste måned, mens det for MGU er 44,2 %. For MOVE er det 26,2 %, der ved nimmåneders opfølgning stadig bruger cannabis dagligt, mens det for MGU er 18,6 %.

Her bør det dog nævnes, at et mindre forbrug af cannabis de senere år er blevet mere normaliseret, end den var midt i 10'erne. For mange vil et forbrug af cannabis et par dage om ugen nok ikke i så høj grad blive regnet for et problem i dag. Dette afhænger dog af, hvor i landet de unge bor, og hvilken aldersgruppe de unge tilhører.

Hvis kategorierne '0' og '1-8 dage' derfor lægges sammen, finder vi, at 67,5 % af de unge fra MGU enten er stoppet eller har et moderat forbrug af cannabis (ved UngMap interviewet 37,4 %). Det samme er tilfældet for 66,7 % fra MOVE (ved UngMap 21,5 %).

Det forholder sig dog anderledes i forhold til forbruget af andre illegale stoffer. Som tidligere nævnt, er forbruget af kokain betydeligt højere i dag, end det var i 2014, hvor Metode-programmet blev igangsat. I nedenstående figur ses forbruget af andre illegale stoffer end cannabis for MGU ved de tre opfølgningstidspunkter. Under figuren udspecificeres dette i relation til de forskellige stoffer.

Figur 53: Udviklingen i forbruget af andre illegale stoffer end cannabis* (procent), MGU

	Indskrivning/ UngMap n=155/155	3-mdr. opf. n=112/149	6-mdr. opf. n=79/123	9-mdr. opf. n=43/72
MGU	47,7	35,7	31,7	37,2

* Andre illegale stoffer end cannabis inkluderer kokain, amfetamin, ecstasy, sedativa, opioidder, hallucinogener, lattergas og svampe.

Figur 54: Udviklingen i forbruget af andre illegale stoffer end cannabis (procent), MOVE

	Indskrivning/ UngMap n=121/121	3-mdr. opf. n=97/121	6-mdr. opf. n=88/121	9-mdr. opf. n=84/121
MOVE	34,2	32,9	26,1	28,2

Ovenfor ses det, at forbruget af andre illegale stoffer end cannabis er betydeligt højere i MGU-kohorten sammenlignet med MOVE-kohorten (47,7 % mod 34,2 %). Forbruget reduceres i begge kohorter med en tendens til stagnering, måske endda stigning, ved nimåneders-opfølgningen (for både MGU og MOVE).

Grunden til at faldet i stofforbruget blandt de unge i MGU ikke er større, skyldes først og fremmest kokain. Af de 43, der indgår både i indskrivning og ved nimåneders-opfølgningen, var det 30,2 %, der brugte kokain ved indskrivning. Ni måneder efter var det 25,6 % af de samme 43 unge, der brugte kokain.

Kædet sammen med denne gruppes store forbrug af alkohol kunne det tænkes, at der i høj grad er tale om en gruppe, der dyrker "festkulturen" (alkohol og centralstimulerende stoffer kan ses i en tydelig sammenhæng; Se Pedersen et al. 2020).

Hos MOVE-gruppen var det 19,0 %, der havde brugt kokain i måneden op til indskrivning. Ni måneder efter var det 8,3 %.

Nedenstående figur giver et samlet overblik over forbrug af illegale stoffer i tre-, seks- og nimåneders-opfølgningen.

Figur 55: Stoffri fra indskrivning til 9 mdr. efter (procent)

	Stoffri MOVE	Stoffri MGU
UngMap, Indskrivning	4,1	8,4
3-mdr. opf.	19,6	26,8
6 mdr. opf.	34,1	31,7
9. mdr. opf.	50,0	30,2

Opsamling 9 (brug af illegale stoffer)

Hos MOVE-unge ser vi et ret markant fald i brugen af illegale stoffer mellem seks- og nimåneders-interviewene.

Det synes dog ikke mindst at være kokainen, der adskiller MGU fra MOVE. For MGU ser forbruget af kokain ikke ud til at falde betydeligt. Kokain var endnu ikke helt så populært blandt unge i 2014-2016.

Flere unge fra MOVE end unge fra MGU bruger dog cannabis hver dag ni måneder efter indskrivning.

Den lave grad af stoffrihed ved nimåneders-interviewet kan næppe alene tilskrives behandlingsmetoden. Denne gruppe af unge havde for de flestes vedkommende været udskrevet længe. 29 af de 43 havde haft den sidste session for mere end tre måneder siden, 20 af disse for mere end seks måneder siden og fem havde haft en session indenfor den seneste måned.

Der kan også være andre forklaringer, f.eks. at civilsamfundet ikke har hjulpet dem videre, at de ikke er blevet genindskrevet ved tilbagefald, og/eller at der kan være opstået en anden stof- og festkultur i efterdønningerne af Corona-pandemien. For nimåneders opfølgningen skal det igen fremhæves, at der kun deltog 43 unge, alle indskrevet i 2021, hvor Corona-restriktioner stadig påvirkede ikke mindst gruppebehandlingen.

Opsamling 10 (fokus i behandlingen).

Der bør fremadrettet være mere fokus på brug af de centralstimulerende stoffer (CSS) (aktuelt ikke mindst kokain) og på sammenhænge mellem alkohol, CSS og festkultur.

Endelig skal det igen fremhæves, at stofbelastningen ved indskrivning er en helt afgørende prædiktor for stoffrihed ved opfølgningsinterviewene. Af de 79, der deltog i seksmåneders-interviewet, var 50 % af de LAVT stofbelastede (ved indskrivning) stoffri ved seksmåneders-interviewet, og for de MODERAT stofbelastede var 42 % stoffri på samme tidspunkt, mens det for dem, der var MEGET stofbelastede, var 26 %, der var stoffri på samme tidspunkt, og af de SVÆRT stofbelastede var 20 % stoffri ved seksmåneders-interviewet. Ved nimåneders-opfølgningsinterviewet var det henholdsvis 50 %, 30 %, 33 % og 0 %, der var stoffri fra de fire stof-belastningsgrupper.

Opsamling 11 (Hvad forudsiger forbrug af illegale stoffer på længere sigt?)

Stofbelastningen ved indskrivning er den variabel, der ubetinget bedst forudsiger forbrug af illegale stoffer ni måneder efter indskrivning.

Der bør gennem hele forløbet være et tydeligt fokus på forbruget af illegale stoffer.

5.3.2/ Alkoholforbrug tre, seks og ni måneder efter behandlingsstart

I nedenstående figur er udviklingen i forbruget målt med Audit-C. Der deles igen op i de samme kategorier, som tidligere blev vist under "Behandlingsresultater målt med TEM". Opdelingen gengives kort nedenfor.

Figur 56: Fire alkohol-belastningsgrader Audit-C i procent (rå-score).

	Antal	LAVT	MODERAT	MEGET	SVÆRT
Audit-C indskrivning	155/155	14,8	45,8	26,5	12,9
Audit-C 3-mdr. opfølgning	112/149	17,0	46,4	27,7	8,9
Audit-C 6-mdr. opfølgning	79/123	20,3	51,9	24,1	3,8
Audit-C 9-mdr. opfølgning	43/72	32,3	30,2	30,2	7,0

LAVT: ikke drukket alkohol den seneste måned.

- Andelen, der ikke har drukket alkohol den seneste måned, stiger fra 14,8 % ved indskrivning til 32,3 % ni måneder efter indskrivning.

MODERAT: Druknet 2-3 gange om ugen, drikker typisk 3-4 genstande, drikker ikke mere end fem genstande eller mere end 1-2 gange om måneden.

- Moderat forbrug er det "almindelige" og forholdsvis uproblematisk forbrug blandt danskere. Her ses der nogen variation i forekomst.

MEGET: Drikker 2-3 gange om ugen, 7-9 genstande, og dette foregår hver uge.

- Ændrer sig ikke i løbet af opfølgningsperioden.

SVÆRT: Drikker omkring 10 genstande eller flere, fire dage om ugen eller oftere.

- Andelen af unge, der har et svært belastet forbrug, er reduceret betragteligt ni måneder efter indskrivning (fra 12,9 % til 7,0 %).

I ovenstående er det ikke de samme personer, der går igen. F.eks. sammenlignes alkoholforbruget ved indskrivning (n=155) med alkoholforbruget ni måneder efter (n=43). I figuren nedenfor er det de samme unge, der går igen ved henholdsvis indskrivningen og det enkelte opfølgningstidspunkt.

Figur 57: Alkoholforbrug fordelt på fire belastningsgrader, n=112 (samme unge, 3-mdr. opfølgning)

	LAVT	MODERAT	MEGET	SVÆRT
Indskrivning	17,9 %	44,6 %	25,9 %	11,6 %
3-mdr. opf.	17,0 %	46,4 %	27,7 %	8,9 %

Figur 58: Alkoholforbrug fordelt på fire belastningsgrader, n=79 (samme unge, 6-mdr. opfølgning)

	LAVT	MODERAT	MEGET	SVÆRT
Indskrivning	16,5 %	46,8 %	24,1 %	12,7 %
6-mrd. opf.	20,3 %	51,9 %	24,1 %	3,8 %

Figur 59: Alkoholforbrug fordelt på fire belastningsgrader, n=36 (samme unge, 9-mdr. opfølgning)

	LAVT	MODERAT	MEGET	SVÆRT
Indskrivning	23,3 %	37,2 %	23,3 %	16,3 %
9-mdr. opf.	32,6 %	30,6 %	30,2 %	7,0 %

Som det ses i tabellerne, er det tydeligt, at andelen, der er afholdende, stiger, og at andelen af SVÆRT belastede falder (alle målt på den seneste måned). Unge, der er svært belastede, er i den sidste ovenstående tabel (nå måneders opfølgningen) mere end halveret (fra 16,3 % til 7,0 %).

Det er ikke helt muligt at sammenligne med MOVE på samme måde. Vi kan dog vise, hvor mange der var afholdende fra alkohol ved indskrivning og tre-, seks- og ni-måneders-opfølgningerne for både MOVE og MGU. Dette ses i næste figur. I figuren er det de samme unge, der går igen.

Figur 60: Andel afholdende i MOVE og MGU ni måneder efter indskrivning* (procent)

	Indskrivning/ UngMap	9. mdr. opf.
MOVE, n=84	29,8	22,6
MGU, N=43	23,3	32,6

* Samme unge går igen.

I ovenstående figur ses, at andelen af unge, som var afholdende, var mindre ved indskrivningstidspunktet for MGU sammenlignet med MOVE. Dette ændrer sig ni måneder efter, hvor der flest afholdende blandt MGU-unge.

Opsamling 11 (forbruget af alkohol)

Forbruget af alkohol falder markant fra indskrivning til ni måneder efter. F.eks. falder andelen af SVÆRT alkohol-belastede fra 16,3 % til 7,0 %, mens andelen af afholdende stiger fra 23,3 % til 32,6 %.

5.3.3/ Trivsel tre, seks og ni måneder efter behandlingsstart

Trivsel i opfølgningsundersøgelserne måles med internaliseringsskalaen (*depression, angst, ensomhed, selvmordstanker* m.m.).

Hvad betyder kategorierne?

- Unge, der er SVÆRT trivsels-belastet, er *meget/rigtigt meget påvirkede* af ensomhed (78 %), depression (94 %), angst (78 %) og selvmordstanker (33 %).
- Modsat unge, der er LAVT belastede, som i store træk ikke (eller lidt) oplever, at de er påvirkede i forhold til ovenstående variable.
- MODERAT og MEGET belastede placerer sig et sted herimellem.

I nedenstående tre tabeller er det de samme unges trivsel ved tre-, seks- og ni-måneders opfølgninger, der sammenlignes med trivslen ved indskrivning.

Figur 61: Trivsel fordelt på fire belastningsgrader, n=112* (procent)

	LAVT	MODERAT	MEGET	SVÆRT
Indskrivning	13,4 %	33,9 %	36,6 %	16,1 %
3-mdr. opf.	21,4 %	42,0 %	22,3 %	14,3 %

* Samme unge, 3-mdr. opfølgning

Ved 3-måneders-opfølgningen, som udgøres af de samme 112 som ved indskrivning, ses det, at andelen af LAVT belastede er steget fra 13,4 % til 21,4 %, mens andelen af de SVÆRT belastede er faldet fra 16,1 % til 14,3 %. Andelen af MEGET belastede er faldet fra 36,6 % til 22,3 %.

Forandringen blandt MEGET/SVÆRT belastede bliver dog mere udtalt i seksmåneders-opfølgningen, hvilket ses i nedenstående tabel:

Figur 62: Trivsel fordelt på fire belastningsgrader, n=79* (procent)

	LAVT	MODERAT	MEGET	SVÆRT
Indskrivning	12,7 %	32,9 %	35,4 %	19,0 %
6-mdr. opf.	26,6 %	38,0 %	22,8 %	12,7 %

* Samme unge, 6-mdr. opfølgning.

Andelen, der er LAVT belastede, er nu fordoblet, og andelen, der er såvel MEGET som SVÆRT belastede, er reduceret betragteligt. Denne udvikling ses også til dels i nimmåneders-opfølgningen.

Figur 63: Trivsel fordelt på fire belastningsgrader, n=43* (procent)

	LAVT	MODERAT	MEGET	SVÆRT
Indskrivning	14,0 %	34,9 %	30,2 %	20,9 %
9-mdr. opf.	27,9 %	32,6 %	27,9 %	11,6 %

* Samme unge, 9-mdr. opfølgning.

I ovenstående tabel er andelen af LAVT belastede blevet fordoblet fra indskrivnings-interviewet til nimmåneders-interviewet, ligesom andelen af SVÆRT belastede, også er næsten halveret. Andelen af unge, som er MEGET belastede, har ikke ændret sig.

Endelig kan vi sammenligne MGU med MOVE. Dette ses i nedenstående tabel, som kan sammenlignes med den foregående nimmåneders-opfølgning (n=43).

Figur 64: MOVE: Trivsel fordelt på fire belastningsgrader, n=84* (procent)

	LAVT	MODERAT	MEGET	SVÆRT
Indskrivning	31,0	36,9	19,1	13,1
9-mdr. opf.	44,1	29,8	22,6	3,6

* Samme unge, 9-mdr. opfølgning.

Som det ses i ovenstående, er det 31 % af MOVE-unge, der scorede lavt ved UngMap-interviewet mellem 2014-2016, mens det var 14 % fra MGU (figur 64). For MGU er dette næsten fordoblet ni måneder efter (fra 14,0 til 27,9). For MOVE er det steget fra 31,0 til 44,1 %.

Køn og trivsel: Ved opdelingen i køn er det nødvendigt at tage udgangspunkt i seks måneders-opfølgningen, fordi der ellers vil være for få kvinder med i analysen.

For MGU var det 14,3 % af mændene, der var SVÆRT belastede ved indskrivning. Dette reduceres til 10,2 % seks måneder efter (n=49). For kvinder var 26,7 % SVÆRT belastede ved indskrivning, hvilket var reduceret til 16,7 % seks måneder efter (n=30). Det er de samme unge, der indgår i begge målinger.

For MOVE var det 3,2 % af mændene, der var SVÆRT belastede ved indskrivning. Dette er uændret med 3,3 % seks måneder efter (n=62). For kvinder var 26,9 % SVÆRT belastede ved indskrivning, hvilket reduceres til 19,2 % seks måneder efter (n=26).

Opsamling 12 (udviklingen i trivsel)

Unge fra MOVE havde som udgangspunkt en bedre trivsel ved indskrivning målt med graden af internalisering (ensomhed, depression, angst, selvmordstanker m.m.).

Unge fra MGU næsten halverer andelen af SVÆRT belastede og fordobler andelen af LAVT belastede.

Også andelen af unge fra MOVE, som er SVÆRT trivsels-belastede, reduceres markant. De to grupper er vanskelige at sammenligne.

6.0 Omkostningsvurdering

I dette kapitel undersøges de omkostninger, der er forbundet med at implementere og drifte denne behandlingsmodel. Analysen af omkostninger forbundet med etablering og drift af MGU er en omkostningsvurdering på niveau 2, jf. Socialstyrelsens retningslinjer for økonomiske analyser (Socialstyrelsen 2021a). Dette skyldes, at MGU er en borgerrettet indsats, og at det er muligt at kvantificere og værdisætte hovedparten af indsatsens elementer og aktiviteter. Derudover er det alene muligt at give et foreløbigt estimat for omkostningerne, da modningen af MGU kun har kørt ca. et år.

Omkostningsvurderingen inddrager flere forskellige datakilder. Analysen tager udgangspunkt i de registreringer af behandlingsaktiviteter fra projektets logbog, og dermed de faktiske aktiviteter, der kræves for at tilbyde gruppebehandlingsmodellen. Derudover inddrages surveydata om behandlere i de deltagende kommuner, kvalitative interviews med ledere fra de deltagende kommuner og informationer om lønsatser og andre omkostninger, som er samlet i Socialstyrelsens program til omkostningsberegning af sociale indsatser. Dette anvendes til at beregne udgifter til behandlere og opkvalificering.

Omkostningsvurderingen er opdelt på følgende måde:

- 1) Beskrivelse af de input og antagelser, som ligger til grund for vurderingen.
- 2) Specifikation af det scenarie, som vurderingen tager udgangspunkt i. Her gennemgås varighed af indsatsen, behandlingsteamstrukturen, behandlingsforløbene samt ressourceforbruget i forbindelse med opstart og drift af MGU.
- 3) Præsentation af analysens resultater med både de samlede omkostninger ved indsatsen og omkostninger per deltager.
- 4) En følsomhedsanalyse, som vurderer betydningen af ændringer i tidsforbrug og deltagerantal for prisen på MGU.

6.1/ Input og antagelser

I dette afsnit beskrives de input og antagelser, som omkostningsvurderingen af MGU er baseret på.

6.1.1/ Datakilder

Følgende materiale er anvendt i vurderingen af omkostninger ved MGU:

- Behandlingsmanual til MGU (Pedersen et al. 2023a og 2023b)
- Logbogen fra MGU-projektet
- Registreringer fra TEM-systemet
- Behandlersurvey fra MGU
- Interviews med medarbejdere/ledere

Til vurdering af tidsforbrug bruges data fra en kommune, hvor der var forholdsvis mange deltagere, og hvor registreringen af den individuelle behandling var opdelt mellem primær og opfølgende behandling. Endvidere tages der udgangspunkt i de unge, der er begyndt i behandling i de første seks måneder af projektperioden, så alle har haft mulighed for at deltage i behandlingen.

Omkostningsvurderingen tager endelig udgangspunkt i Socialstyrelsens retningslinjer for økonomiske analyser af sociale indsatser (Socialstyrelsen 2021c)

6.2/ Scenariet

6.2.1/ Generelt om scenariet

Omkostningerne i forbindelse med MGU er opgjort på baggrund af et scenarie, hvor indsatsen skal indføres i en kommune. Således inkluderer beregningerne både udgifter til uddannelse og supervision af behandlerne og omkostninger til drift af metoden.

Driften antages at vare fem år. Hvert forløb i driften antages at vare op til tolv måneder, og det antages endvidere, at nye forløb påbegyndes løbende. Det antages endelig, at hvert behandler-team kan håndtere tre forløb på et år.

I en implementering bør det bemærkes, at det samlede antal forløb vil variere efter kommunestørrelse.

6.2.2/ Teamstruktur

Det antages, at der etableres to teams med hver to medarbejdere, hvor begge medarbejdere har både individuelle sessioner og gruppesessioner. Det antages, at de individuelle behandlingssessioner, både før og efter gruppebehandling, er ca. ligeligt fordelt mellem de to medarbejdere. Der antages udskiftning af medarbejderne hvert tredje år pga. almindelig personaleudskiftning.

Den samlede scenariet specificering fremgår af nedenstående tabel:

Figur 65: Beskrivelse af scenarie

Aktør	År med indsats	Antal teams	Forløb per team	Unge per forløb	Varighed af forløb	Unge i alt
Kommune	5 (start 2021)	2	3	8	0-1 år	240

6.2.3/ Behandlingsforløb

MGU er en kombinationsbehandling. I den primære behandling begynder de unge med fem individuelle sessioner, og derefter deltager de i ni gruppesessioner. Efter den primære behandling kan den unge modtage opfølgingsbehandling i op til seks måneder. Der udleveres gavekort på 200 kr. ved hvert andet fremmøde. Tiden til gruppesessioner antages at være brugt af begge medarbejdere i behandlingsteamet (Pedersen et al 2023a og b).

Tidsforbruget til individuelle aktiviteter er estimeret på baggrund af logbogsdata fra MGU, altså faktiske aktiviteter, og tager derfor højde for, at nogle unge aflyser eller udebliver til planlagte sessioner. Der skal tages forbehold for, at første del

af projektet kørte, mens der var højt smittetryk i covid-19-pandemien (oktober 2021-februar 2022, (Statens Serum Institut 01-11-2022)), således at antallet af aflysninger potentielt overestimeres.

Det gennemsnitlige antal individuelle aktiviteter og udeblivelser/aflysninger, som danner grundlag for beregningerne af behandlernes tidsforbrug i omkostningsanalysen, fremgår af nedenstående tabel:

Figur 66: Antal individuelle aktiviteter per deltager

	Samtale 1-5	Opfølgning	Aflysninger	Udeblivelser
	4,3 (60 min. aktivitet, 20 min. forberedelse)	2,2 (40 min. aktivitet, 20 min. forberedelse)	1,9 (12 min. forberedelse)	0,8 (20 min. forberedelse)

Gruppesessionerne er mindre afhængige af den enkelte unges deltagelse, og i de syv måneder efter covid-restriktionerne blev ophævet helt, er der således kun én gruppesession, der ikke blev afholdt. På den baggrund antages alle gruppesessioner at være gennemført som planlagt.

Selvom aflysninger af hele gruppegange har været sjældne i projektet og derfor ikke er en del af omkostningsberegningen, kan de forekomme. F.eks. hvis gruppegange falder uheldigt tidsmæssigt, f.eks. på helligdage eller i ferier, eller hvis behandlerne er sygemeldt. Dette vil dog typisk kunne justeres under et forløb.

Det skal bemærkes, at for borgere, som ikke ønsker eller kan indgå i gruppebehandlingen, vil der være alternative omkostninger, i det omfang de overføres til anden behandling. Disse alternative omkostninger kan ikke umiddelbart beregnes, men vil være udgifterne til den behandling, der tilbydes i det forløb, borgeren overflyttes til. Det kunne f.eks. være standardbehandling eller MOVE.

Der antages at være otte unge i hvert gruppeforløb. Med to teams, der hver håndterer tre gruppeforløb om året, vil der være 48 unge i programmet om året. I en 5-års periode kommer 240 unge således til at deltage i programmet.

6.3/ Ressourceforbrug

6.3.1/ Uddannelse

Uddannelsesomkostningerne udgøres af undervisning og supervision i metoden, undervisningsmateriale og projektledeelse i forbindelse med undervisningen. I denne beregning antages det, at der er et fuldt uddannelsesforløb i forbindelse med implementeringen af MGU. I kommuner, der i forvejen tilbyder gruppebehandling, MOVE eller begge dele, kan behovet for videreuddannelse af medarbejderne være mindre, hvorfor omkostningerne vil være lavere. Strukturen i uddannelsesforløbet fremgår af den nedenstående tabel. Udover selve undervisningen har der også været omkostninger til projektledeelse hos den aktør, der stod for forløbet.

Figur 67: Uddannelsesforløbets opbygning

	Undervisning m. fysisk fremmøde	Virtuel undervisning	Supervision
	6 x 6-7 timer	1 x 3 timer	4 x 3,5 timer over to år

Prisen for uddannelsen er ca. 20.000 kr. per deltager i direkte kursusomkostninger. Dertil kommer hver medarbejders tidsforbrug på deltagelse i uddannelsen. Hovedparten af disse udgifter falder i det første år af indsatsen, dog er de sidste to supervisionsgange placeret i andet år. Der antages at være transport til undervisningsdage med fysisk fremmøde. En tur-retur-rejse estimeres til 600 km. Da undervisningsdagene ikke er sammenhængende, antages der ikke at være udgifter til overnatning. Man bør være opmærksom på, at omkostninger til transport kan både over- og underestimeres afhængig af en kommunes geografiske afstand til undervisningsstedet. Uddannelse antages at blive gentaget hvert tredje år som en del af medarbejderudskiftning og vedligeholdelse af uddannelse.

6.3.2/ Drift af indsatsen

Driftsudgifterne udgøres af individuelle sessioner, gruppesessioner og gavekort.

Baseret på tal fra registreringen i MGU antages de indledende individuelle sessioner at vare 60 minutter, sessionerne i den opfølgende behandling antages at vare 40 minutter, og gruppesessioner antages at vare 120 minutter (x 2, da der er tilknyttet to behandlere til hver gruppesession). Udover selve tidsforbruget på aktiviteterne brugte behandlerne tid på forberedelse og efterarbejde ved hver behandlingssession. Her antages individuelle aktiviteter at have 20 minutters forberedelse og efterarbejde, mens gruppesessioner antages at have 60 minutters forberedelse og efterarbejde fordelt på de to medarbejdere, som står for behandlingen. I beregningen antages det, at forberedelse og efterarbejde til gruppesessioner er ligeligt fordelt, således at hver medarbejder har 30 min. forberedelse og efterarbejde.

Derudover uddeltes i gennemsnit 4,57 gavekort til de unge i projektkommunen. Som i den økonomiske evaluering af MOVE rundes antallet af gavekort op til 5 for ikke at undervurdere omkostninger til dem (Socialstyrelsen 2018).

6.3.3/ Medarbejdernes lønniveau

Medarbejderne i MGU vil overvejende være pædagoger og socialrådgivere, som det fremgår af CRFs behandlersurvey i forbindelse med både Metodeprogrammet og MGU.

I implementeringen af MGU har de behandlerteams, som stod for behandlingen, været fagligt blandede, så der antages i scenariet behandlerteams bestående af en pædagog og en socialrådgiver.

Medarbejderne antages aflønnet med den gennemsnitlige løn for pædagoger indenfor forebyggelses- og dagbehandlingsområdet med en timesats på 353 kr., og socialrådgivere med en timesats på 336 kr. (Socialstyrelsen 2021b). Disse timelønninger tillægges i beregningerne en standard overhead på 20 %.

6.3.4/ Sparede omkostninger

Det antages, at deltagere i MGU som basisalternativ ville være blevet tilbudt standardbehandling, som er defineret af Socialstyrelsen ud fra de gennemsnitlige omkostninger til en gruppe unge som lignende de indskrevne i Metodeprogrammet med hensyn til køn, alder og stofforbrug. Omkostningerne til denne behandling trækkes fra omkostninger til MGU. Fra evalueringen af MOVE (Socialstyrelsen, 2018) er prisen for standardbehandling sat til 3.100 kr. Prisen er opdateret til 2021-priser. I forbindelse med brug af basisalternativ bør man være opmærksom på, at der kan være betydelige variationer i den behandling, der tilbydes i kommunerne, og at den standardbehandling, der her indgår i beregningen, er billig per deltager. Havde basisalternativet i stedet været MOVE, ville forskellen mellem de nye og de gamle behandlingsomkostninger være mindre.

6.4/ Resultater

Resultaterne af evalueringen er baseret på antagelser og input i afsnit 5.1 og 5.2. I andre scenarier vil resultatet være anderledes.

6.4.1/ Samlede omkostninger

Det samlede resultat af omkostningsvurderingen af MGU fremgår af nedenstående tabel. Baseret på de givne forudsætninger er de samlede udgifter 1.978.300 kr., og udgifterne per deltager er 8.900 kr. I denne opgørelse er der tale om nettoudgifter, hvor omkostninger til den standardbehandling, der ellers ville blive tilbudt, trækkes fra omkostningerne til MGU.

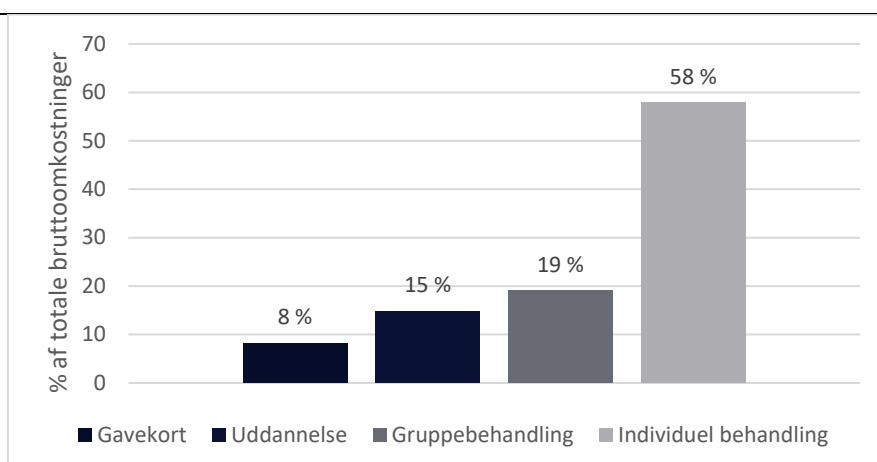
**Figur 68: Omkostninger, total (i kr.)
NNV (2021), 2021-priser**

	Samlede nettoomkostninger	Samlede nettoomkostninger per deltager
Omkostning	1.978.300	8.900

6.4.2/ Opdelte omkostninger

De opdelte, procentvise omkostninger i alt fremgår af nedenstående figur. Der er her tale om bruttoudgifter, hvor udgifterne til standardbehandling ikke er trukket fra udgifterne til MGU, fordi disse udgifter ikke kan opdeles i kategorier. Det ses, at 85 % af omkostningerne er forbundet med driften, mens 15 % af udgifterne går til uddannelse og supervision. Af udgifterne til behandling udgør individuel behandling den største udgiftspost, efterfulgt af gruppebehandling. Forskellen i pris skyldes, at tidsforbruget til såvel gruppebehandling som forberedelse til gruppesessioner er mindre per deltager end i den individuelle behandling. Således er det typiske tidsforbrug til en individuel session 60 minutter til selve aktiviteten og 20 minutter til forberedelse. Tidsforbruget på en gruppesession er typisk 240 minutter, og forberedelsen er en time. Med otte deltagere svarer det til 30 minutters behandlingssamtale og 7,5 minutters forberedelse per deltager.

Figur 69: Bruttoomkostninger i alt fordelt på omkostningskategorier NNV (2021), 2021-priser

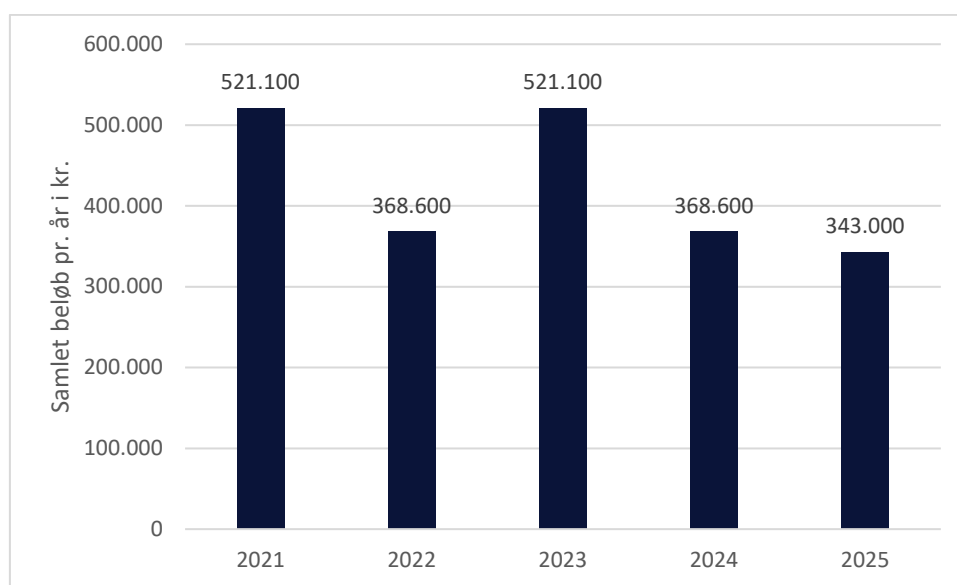


Bemærk, at besparelsen på basisalternativet er udeladt, da den ikke kan opdeles i kategorier.

6.4.3/ Omkostninger fordelt på år

Som det fremgår af nedenstående diagram, vil omkostningerne til MGU være højest i 2021 og 2023 med 521.100 kr. Omkostninger i 2022 og 2024 er 368.600 kr., mens omkostningerne i 2025 er 343.000 kr. Forskellen i pris skyldes, at de fleste udgifter til uddannelse af medarbejdere ligger i det første og tredje år af implementeringen, mens de sidste supervisionsgange ligger i andet og fjerde år. I det sidste år vil der i det specificerede scenarie kun være udgifter til at drifte behandlingen. I denne opgørelse er udgifterne ikke tilbagediskonteret, og tallene er derfor ikke angivet i nettonutidsværdi (NNV).

Figur 70: Omkostninger fordelt på år (i kr.)



6.5/ Følsomhedsanalyse

Der er variabilitet og usikkerhed forbundet med implementeringen af sociale indsatser, idet omkostninger kan være bundet til lokale forhold i de implementerende kommuner. Der udarbejdes derfor følsomhedsanalyser, som tager højde for nogle af de forhold, der kan variere i implementerende kommuner.

6.5.1/ Resultater af følsomhedsanalysen

Disse følsomhedsanalyser er baseret på følgende forhold:

- 1) Kommunen har udelukkende udgifter til at drifte MGU. Det kan forekomme i kommuner, hvor behandlerne i forvejen har erfaring med at bruge MOVE og/eller gruppebehandling.
- 2) Grupperne er større eller mindre end de otte, der er regnet med i hovedscenariet. Der arbejdes her med fem deltagere som det mindste antal, hvor der kan etablere gruppedynamikker. 12 regnes som det maksimale antal deltagere indenfor rammerne af indeværende behandlingsdesign.

- 3) Der kan være variation i den gennemsnitlige tid, behandlerne bruger til forberedelse og efterbehandling ved hver behandlingssession.

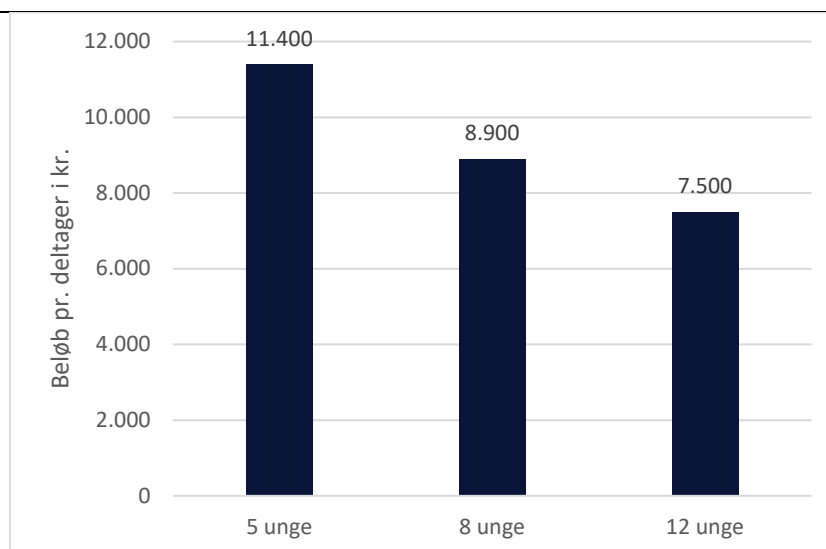
Følsomhedsanalysen er baseret på nettoomkostninger, dvs. at omkostninger til basisalternativ er fratrukket prisen for MGU.

Figur 71: Omkostninger uden uddannelsesforløb, total (i kr.) NNV (2021), 2021-priser

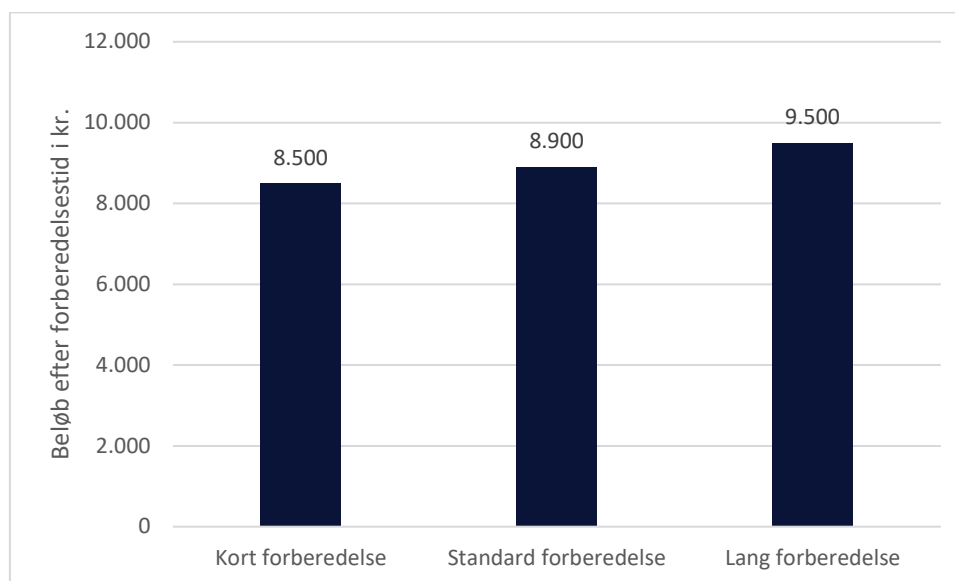
	Total		Per deltager	
	Med uddannelse	Uden uddannelse	Med uddannelse	Uden uddannelse
Omkostninger	1.978.300	1.587.900	8.900	7.100

Af ovenstående tabel fremgår det, at den samlede pris falder fra 1.978.300 kr. til 1.587.900 kr., og udgifterne per deltager falder fra 8.900 kr. til 7.100 kr. Således vil MGU være 1800 kr. billigere at implementere per deltager i kommuner, hvor uddannelsesforløbet ikke skønnes nødvendigt. Dette svarer til en besparelse på ca. 20 %.

Figur 72: Omkostninger per deltager ved forskellige gruppestørrelser NNV (2021), 2021-priser



Som det fremgår af ovenstående, vil omkostningerne blive højere, jo færre unge deltager i gruppe. Ved fem unge vil prisen være 28 % højere end ved otte deltagere, og ved 12 deltagere vil den være 16 % lavere end ved otte deltagere.

Figur 73: Omkostninger per deltager ved forskellige forberedelsestider NNV (2021), 2021-priser

Som det fremgår af ovenstående tabel, vil det medføre en ændring på minus 4 %, ved kort forberedelsestid, og plus 6 %, ved lang forberedelsestid.

6.6/ Opsamling

De samlede omkostninger forbundet med etablering og drift af MGU i en femårig periode for det specificerede scenarie, beløber sig til ca. 1.978.300 kr., mens omkostningerne per ung i projektet beløber sig til ca. 8.900 kr. Ca. 15 % af omkostningerne forbundet med MGU, er omkostninger til uddannelse og supervision. Uddannelsen består af seks undervisningsdage á 6-7 timers varighed og en online undervisningsgang på ca. 3 timer. Dertil kommer fire supervisionsgange á ca. 3 timers varighed over en periode på to år. Ca. 10 % af omkostningerne er forbundet med udlevering af gavekort til deltagerne ved hvert andet fremmøde. Ca. 19 % af omkostningerne er forbundet med afholdelse af gruppesessioner. Ca. 58 % af omkostningerne er forbundet med afholdelse af individuelle behandlingssessioner. Følsomhedsanalyser, beregnet ved ændring i behovet for uddannelse af medarbejdere, antal deltagere i hvert forløb og ændringer i forberedelsestid til både individuelle sessioner og gruppesessioner, viser, at omkostningerne per ung i behandling kan variere inden for et spænd fra ca. 7.100 kr. til ca. 11.400 kr. alt efter den valgte antagelse. De samlede omkostninger varierer endvidere inden for et spænd fra ca. 1.587.900 kr. til 2.514.200 kr. alt efter de valgte antagelser. Baseret på følsomhedsanalyserne er omkostningerne til MGU følsomme overfor ændringer af omkostninger til uddannelse, og samtidig bliver omkostningerne lavere per deltager ved et større antal deltagere end i standardscenariet. Tid til forberedelse har en mindre effekt på de samlede omkostninger.

**Figur 74: Omkostninger, total (i kr.)
NNV (2021), 2021-priser**

	Samlede nettoomkostninger	Samlede nettoomkostninger per deltager
Omkostninger	1.978.300	8.900

Sammenligner man med omkostningsvurderingen af MOVE fra 2018 (Socialstyrelsen 2018), vil MGU, angivet i 2021-priser, være ca. 600 kr. billigere per deltager i et scenarie, hvor medarbejderne ikke modtager uddannelse, og ca. 500 kr. billigere per deltager i et scenarie, hvor medarbejderne modtager uddannelse.

7.0 Referencer

Behandlingsportalen – MOVE. www.behandlingsportalen.dk

Blasé, K. & Fixsen, D. (2013). Core Intervention Components: Identifying and Operationalizing What Makes Programs Work. ASPE Research Brief. US Department of Health and Human Services; 2013.

Damschroder L., Hildi, J & Hagedorn, J. (2011). A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2011;25(2):194-205.

del Palacio-Gonzalez A., Hesse M., Thylstrup, B., Pedersen, M.U., & Pedersen, M.M. (2022). *Effects of contingency management and use of reminders for drug use treatment on readmission and criminality among young people: A linkage study of a randomized trial*. *J Subst Abuse Treat*. Feb;133:108617. doi: 10.1016/j.jsat.2021.108617.

DiClemente, C.C., Crouch, T.B., Norwood, A.E.Q., Delahanty, J. & Welsh, C. (2015). Evaluating training of screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) for substance use: Reliability of the MD3 SBIRT Coding Scale. *Psychol Addict Behav*, 29(1), 218-224. doi:10.1037/adb0000022

Fadus M.C., Squeglia, L.M., Valadez E.A., Tomko R.L., Bryant B.E. & Gray K.M. (2019). Adolescent Substance Use Disorder Treatment: an Update on Evidence-Based Strategies. *Curr Psychiatry Rep.*, Sep 14;21(10):96. doi: 10.1007/s11920-019-1086-0.

Fixsen D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. 2005.

Frederiksen, K.S., Jones, S. Skov, K.B.E., Pedersen, M.M. & Pedersen, M.U (2018). MOVE – Implementering af Metodeprogrammet. Rapport fra Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Hesse, M., Thylstrup, B., Karsberg, S., Mulbjerg Pedersen, M. & Pedersen, M.U. (2021). *Voucher Reinforcement Decreases Psychiatric Symptoms in Young People in Treatment for Drug Use Disorders - A Post Hoc Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial*. *J Dual Diagn*. Jul-Sep;17(3):257-266. doi: 10.1080/15504263.2021.1942379.

Moyers, T. B., Martin, T., J.K., M., Miller, W. R., & Ernst, D. (2010). Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1 (MITI 3.1.1) University of New Mexico

López, G., Orchowski, L.M., Reddy, M.K., Nargiso, J. & Johnson, J.E. (2021). review of research-supported group treatments for drug use disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. Jun 21;16(1):51. doi: 10.1186/s13011-021-00371-0. PMID: 34154619; PMCID: PMC8215831.

Pedersen, M.U., Karsberg, S. & Skov, K.B.E. (2023a). MOVE gruppebehandling for unge. Manual bind 1: metode og strukturelle elementer. Socialstyrelsen.

Pedersen, M.U., Karsberg, S. og Skov, K.B.E. (2023b). MOVE gruppebehandling for unge. Manual bind 2: temaer og øvelser. Socialstyrelsen.

Pedersen, M.U., Mulbjerg Pedersen, M., Skov, K.B.E. og Frederiksen, K.S. (2022). Nationale TEM rapport. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Pedersen, M.U., Mulbjerg Pedersen, M. & del Palacio Gonzalez, A. (2020). *Trivsel og brug af rusmidler blandt danske unge 2014-2019*. Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet

Pedersen, M.U., Pedersen, M.M., Jones, S., Holm, K.E. & Frederiksen, K.S. (2017a). *Behandling af unge, der misbruger stoffer: En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt*. Aarhus Universitet. Psykologisk Institut, Center for Rusmiddelforskning, 2017. 123 s.

Pedersen, M.U., Rømer Thomsen, K., Mulbjerg Pedersen, M. & Hesse, M. (2017b). *Mapping risk factors for substance use: Introducing the YouthMap 12*. *Addict Behav*, 65: p. 40-50

Pedersen, M.U., Hesse, M., Thylstrup, B., Jones, S., Mulbjerg Pedersen, M. & Frederiksen, K.S. (2020b). *Vouchers versus reminders to prevent dropout: Findings from the randomized youth drug abuse treatment project (YouthDAT project)*. *Drug Alcohol Depend*, p. 108363.

Pedersen, M.U. & Pedersen, M.M. (2018). MOVE. 21 måneder efter indskrivning. Rapport fra Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Pedersen M.U., Pedersen, M.M., Jones, S., Holm, K.E. & Frederiksen, K.S. (2017c). En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt. Rapport fra Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Skov, K.B.S., Pedersen, M.U., Frederiksen, K.S. & Pedersen, M.M. (2020). Evalueringen af udbredelsen af behandlingsmodellerne U-turn og U18 til 10 danske kommuner. Rapport fra Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Socialstyrelsen (2018). Økonomisk vurdering af MI/KAT-GO. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2020). Drejebog for national udvikling af sociale indsatser. Maj 2020. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2021a). Omkostningsvurdering af sociale indsatser. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2021b). Socialstyrelsens omkostningsmodel 26-05-2021. (Excelbaseret beregningsprogram).

Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2021c). Økonomiske analyser af sociale indsatser – Socialstyrelsens retningslinjer. Socialstyrelsen.

Statens Serum Institut (01-11-2022): Statens Serum Institut - covid-19 - Smitte og vaccine. URL: experience.arcgis.com/experience/aa41b29149f24e20a4007a0c4e13db1d. Statens Serum Institut.

8.0 Appendiks

8.1/ Last Observation Carried Forward

Uddrag fra rapport (side 53) i Pedersen, M.U., et al., *Behandling af unge der misbruger stoffer. En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt*. 2017, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Med LOCF-analyse (Last Observation Carried Forward) menes der, at sidste besvarelse føres videre, hvis værdierne er ukendte. Metoden kan illustreres med nedenstående tabel, hvor deltagernes svar på, hvor mange dage, de har brugt hash den sidste måned, videreføres, hvis ikke de deltog i det følgende interview.

I de felter, hvor der ikke står noget, gennemførte deltagerne ikke interviewet, og det blanke felt udfyldes derfor med forrige værdi. For beskrivelse af metoden se f.eks. Ginsberg et al. 2012.

Tabel 8. Principperne i LOCF

		3 måneders opfølgning	6 måneders opfølgning	9 måneders opfølgning
Ung 1	30 dage	10 dage		12 dage
Ung 2	12 dage	12 dage	10 dage	
Ung 3	22 dage	9 dage		
Ung 4	6 dage			10 dage

At anvende LOCF i analyserne af stofreduktion/stoffrihed viser stort set altid en mindre effekt end ved analyse af rå-data. Det skyldes, at mange af dem, der ikke deltager i opfølgningsinterviews, har afbrudt behandlingen, samtidig med at de ved sidste måling havde et forbrug af stoffer (men ikke altid, og så videreføres stoffrihed). Fordelen ved LOCF er, at samtlige data kan inddrages i analysen og dermed også samtlige unge hver gang. Ulempen er, at vi jo rent faktisk ikke ved, hvad der er sket med den unge siden sidste interview.

